วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ISSN 2985-1041 (Online)

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567 Vol.25 No.1 January - April 2024

http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บทความวิชาการ

- การยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการในประเทศไทย ของศูนย์ SIRCOP คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี — สิริรัตน์ โพธิชีพันธ์ สิชล ทองมา วีรยุทธ ศรีทุมสุข
- กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ — อัญชลี จิตราภิรมย์ อังศินันท์ อินทรกำแหง ศรัณย์ พิมพ์ทอง
- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน — สุทัศน์ ศุภนาม
- กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย — ดารินดา รอชะ พัชรภรณ์ ภวภูตานนท์ สิริพร มนยฤทธิ์
- การดูแลและป้องกันภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดอาการตัวเขียว วัย 0 - 6 ปี ก่อนได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ — เอกราช บุญชม สุชาดา นันทพูลทรัพย์ วิชิต คำพูล สุธาสินี ตองอ่อน
- ปอดอักเสบจากการสำลัก : เหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงได้ใน ICU — วราทิพย์ ทองเดช สุวิมล ตังธนสิริกุล พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล
- โฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า: เชื่อถือได้หรือไม่ — กันยพัชร์ เศรษฐ์โชฎึก ภัทรา เผือกพันธ์

บทความวิจัย

- ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย — จิตราภรณ์ สุทธิพงศ์ วิภาดา ศรีมันทยามาศ พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์
- ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี — ปัญจมาพร สาตจีนพงษ์ ละมิตร์ ปึกขาว สุทธีพร มูลศาสตร์ วรวรรณ ขันธโภคัย
- ผลของโปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน — อารีย์ วงศ์อนุ ภิญโญ อุทธิยา
- ระดับของความสุขและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสุข ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในศตวรรษที่ 21 — กมลรัตน์ ทองสว่าง ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด ยุภดี สงวนพงษ์ อธิษฐาน ไชยเรือง
- ผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ — กาญจนา ศรีสวัสดิ์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
- การพัฒนาผักแผ่นอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์เพื่อสุขภาพ — จินตนา อาจสันเที๊ยะ พรศิริ พันธสี ณนิตา พิศเพลิน ชนิกานต์ ซ่อนกลิ่น สายฝน มั่งสูงเนิน
- การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดของไทย — จารุวรรณ สนองญาติ เนติยา แจ่มทิม ลักขณา ศิรถิรกุล เมทณี ระดาบุตร นภาวรรณ วิริยะศิริกุล
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด — จตุพร จำรองเพ็ง จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี — ณัฐธิดา ปัญญาธนคุณ ประภัสสร จันดี พัชราภรณ์ อนุพันธ์
- ประสิทธิผลของการออกกำลังกายโดยนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี — เกตุกนก เกตุทอง กนกกาญจน์ คุปตะวินทุ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ
- การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา — ปุณรัตน์ พิพิธกุล รุ่งระวี สมะวรรธนะ เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์
- ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง — บุษยมาส คันธมาศน์ นุชนาถ บรรทุมพร รังสิมันต์ สุนทรไชยา
- อิทธิพลของอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซินการได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล ต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด — ศศิปรียา ไชโย ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง วรรณา พาหุวัฒนกร
- การพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยพื้นที่จังหวัดนครปฐม — วริยา จันทร์ขำ เรียม นมรักษ์ หทัยชนก บัวเจริญ ดารินทร์ โพธิ์ตั้งธรรม
- โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี — ทิพย์วิมล ศรีจอมพล สุทธีพร มูลศาสตร์ นพวรรณ เปียซื่อ

- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก — วลัยนารี พรมลา กรวุฒิ แผนพรหม ณิชาภัทร ธนศิริรักษ์ มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี — รุ่งรัตน์ เกิดสวัสดิ์ ภิญโญ อุทธิยา ชวนชม อ่อนไทย
- มุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ — นิตติยา น้อยสีภูมิ สิรินันท์ เจริญผล กิติพงษ์ พินิจพันธ์
- ผลของโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบชุมบ้า ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 — ภุชงค์ พุแค ศศินันท์ ศิริธาดากุลพัฒน์ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ — เขมิกา ณภัทรเดชานนท์ ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์ สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยใช้การทำงานเป็นทีม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานประจำในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร — พิษณุ คำนวน แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ สุรินธร กลัมพากร สุคนธา ศิริ
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดสะหวันเขต สปป.ลาว — ปาลียา ไชยะสิด นุชรัตน์ มังคละศิรี เดชา ทำดี
- ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง — อรุณกมล ทราบรัมย์ รัชนีกร อุปเสน
- ประสิทธิผลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพต่อการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล — ทินกร บัวชู กมลทิพย์ ใจมาคำ ขวัญหทัย ยิ้มละมัย เสน่ห์ ขุนแก้ว
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช — ปริญดา จันทร์แก้ว สายฝน เอกวรางกูร นัยนา หนูนิล นันทพร กลิ่นจันทร์
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ — รุ้งทิวา จันทร์งาม นุชรัตน์ มังคละศิรี เดชา ทำดี
- การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤติ — ชุติมาพร โกมล วาสินี วิเศษฤทธิ์
- สมรรถนะทางกาย ความคิด และการตัดสินใจยุติการขับขี่ยานพาหนะของผู้สูงอายุ — ปรัศนี ศรีกัน สิริสุดา เตชะวิเศษ อรัญญา นามวงศ์
- ผลของการเรียนรู้ผ่านเกมต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย — อรรัตน์ มณีเลิศ สุชีวา วิชัยกุล
- การใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเพื่อพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัย — นภัสชล คำมี จุฑามาศ แหนจอน ศศินันท์ ศิริธาดากุลพัฒน์
- คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ : การวิจัยแบบผสานวิธี — ยุภดี สงวนพงษ์ จารุมาศ จันทกุล
- ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง — สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล นงนุช บุญมาลา สุภาพักตร์ หาญกล้า อัญชลี อ้วนแก้ว กัตติกา วังทะพันธ์
- ผลของการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 — ปิติณัช ราชภักดี
- ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า — ปาริฉัตร กิตติมาสกุล รังสิมันตุ์ สุนทรไชยา สารรัตน์ วุฒิอาภา
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ — สุกัลญา สุพิชญ์ พัทยา แก้วสาร บุญทิพย์ สิริธรังสี
- พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง — บุษกร สีหรัตนปทุม กีโอต์ นภาวดี ตั้งตรงวิศลกิจ
- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย : พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ — ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล ยุวดี แตรประสิทธิ์
- การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัย: การศึกษาเชิงคุณภาพ — อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ อติญาณ์ ศรเกษตริน จุฬารัตน์ ห้าวหาญ วารุณี เกตุอินทร์ พัชรี ชูกันหอม
- การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง — เสน่ห์ พุฒธิ พิชามญชุ์ คงเกษม
- ผลของโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย — จิตรลดา พูลศิลป์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา สารรัตน์ วุฒิอาภา
- ผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ — ฉัตรนิดา ประดิษฐกิจกุล ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ วารุณี พลิกบัว สุพจน์ ศรีมหาโชตะ
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือดโรงพยาบาลอุดรธานี — นันท์นภัส เนียมแสงทวีแสง สุภาภรณ์ รัตนสิมากร
- การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล — วาสนา ขจรเจริญกุล กันยาพร ไชยศักดิ์ ประกอบ ทองจิบ เนตรนภา เทพชนะ กุลธลีย์ ชายเกตุ
- ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์ต่อสุขสมรรถนะของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย — เพียงเพ็ญ บุษมงคล ธนัมพร ทองลอง
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภค และระดับ HbA_1C ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ — พัทธญาณี พึ่งผาสุก นุชรัตน์ มังคละศิรี เดชา ทำดี
- ผลของการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ — กัญญาวีร์ สิริโรจนามณี อัชฌา วารีย์ ศศิรชนม์ จอกลอย ทินกร เงินกำ่า ชนม์นิภา ข้อนเขียว

ประชาสัมพันธ์/ข่าว

- คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและส่งบทความตีพิมพ์วารสารพยาบาลทหารบก
- ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลทหารบก
- การ Submission บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก ขั้นตอนการส่งบทความเข้าสู่วารสารพยาบาลทหารบก

วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567 Vol.25 No.1 January - April 2024

http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN ISSN 2985-1041 (Online)

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI, สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ จำนวนอย่างน้อย 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 ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

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 แฟ็กซ์. 02-926-1263
E-mail : sale@thaiphumpublishing.com www.thaiphumpublishing.com

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลทหารบก วารสารพยาบาลพยาบาลทหารบก ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567 ISSN 2985-1041(Online) ท่านสามารถปริ้นได้ทุกหน้า บทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาเข้มข้นและหลากหลายและได้รับการพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blinded) วารสารพยาบาลทหารบกเป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Health Sciences)

บทความวิชาการ ได้แก่ การยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการในประเทศไทย ของศูนย์ SIRCOP คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย การดูแลและป้องกันภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดอาการตัวเขียว วัย 0 - 6 ปี ก่อนได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ ปอดอักเสบจากการสำลัก : เหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงได้ใน ICU โฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า: เชื่อถือได้หรือไม่

บทความวิจัย ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลของโปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ระดับของความสุขและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในศตวรรษที่ 21 ผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การพัฒนาผักแผ่นอบกรอบเสริมพรีไบอติกส์เพื่อสุขภาพ การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดของไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประสิทธิผลของการออกกำลังกายโดยนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้จานตาลหมุนมหัศจรรย์และความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อิทธิพลของอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล ต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยพื้นที่จังหวัดนครปฐม โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในหอผู้ป่วยพิเศษอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ผลของโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานประจำในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดสะหวันเขต สปป.ลาว ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรรมรุนแรง ประสิทธิผลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพต่อการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤติ สมรรถนะทางกาย ความคิด และการตัดสินใจยุติการขับขี่ยานพาหนะของผู้สูงอายุ ผลของการเรียนรู้ผ่านเกมต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย การใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเพื่อพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัย คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ: การวิจัยแบบผสานวิธี ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ผลของการเตรียมความพร้อมในการ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย : พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัย: การศึกษาเชิงคุณภาพ การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผลของโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย แอโรบิกรำไทยประยุกต์ต่อสุขสมรรถนะของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร ต่อพฤติกรรมการบริโภค และระดับ HbA_1C ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลของการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณากลั่นกรองบทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนาวารสารไทยให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

การยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการในประเทศไทย ของศูนย์ SIRCOP คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี 1
สิริรัตน์ โพธิชีพันธ์ สิชล ทองมา
วีรยุทธ ศรีทุมสุข

กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ 10
อัญชลี จิตราภิรมย์ อังศินันท์ อินทรกำแหง
ศรัณย์ พิมพ์ทอง

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 19
สุทัศน์ ศุภนาม

กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย 29
ดารินดา รอซะ พัชรภรณ์ ภวภูตานนท์
สิริพร มนยฤทธิ์

การดูแลและป้องกันภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดอาการตัวเขียว วัย 0 - 6 ปี ก่อนได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ 36
เอกราช บุญชม สุชาดา นันทพูลทรัพย์
วิชิต คำพูล สุธาสินี ตองอ่อน

ปอดอักเสบจากการสำลัก : เหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงได้ใน ICU 41
วราทิพย์ ทองเดช สุวิมล ตังธนสิริกุล
พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล

โฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า: เชื่อถือได้หรือไม่ 48
กันยพัชร์ เศรษฐ์โชฎึก ภัทรา เผือกพันธ์

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย 56
จิตราภรณ์ สุทธิพงศ์ วิภาดา ศรีมันทยามาศ
พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 66
ปัญจมาพร สาตจีนพงษ์ ละมิตร์ ปึกขาว
สุทธีพร มูลศาสตร์ วรวรรณ ขันธโภคัย

ผลของโปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน 76
อารีย์ วงศ์อนุ ภิญโญ อุทธิยา

Contents

Chief Editorial

Raising the Level of Nursing Laboratory According to Safety Standards of Laboratory in Thailand, the SIRCOP Center, Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University 1
Sirirat Pochepan Sichon Tongma
Werayuth Srithumsuk

Learning Management Strategies to Promote Digital Health Literacy Among Pregnant Women 10
Aunchalee Jittrapirom Ungsinun Intarakumhang
Saran Pimthong

Nurse's Role in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome 19
Suthat Supanam

The Implementation Mechanism to Reduce HIV-Related Stigma and Discrimination in Thailand (Crisis Response System: CRS) 29
Darinda Rosa Patcharaporn Pavaputanon
Siriporn Monyarit

Care and Prevention of Malnutrition in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease of The Green Type. Newborns to 6 Years Old Before Undergoing Surgery to Correct Heart Abnormalities 36
Eakkarat Boonchom Suchada Nuntapoonsub
Wichit Khamphul Suthasini Tongon

Aspirated Pneumonitis: an Avoidable Event in ICU 41
Varathip Thongdech Suvimon tangtanasirikul
Phongthara Vichitvejpaisal,

Electronic cigarette advertisements: Are they trustable? 48
Kanyaphat Setchoduk Patra Phuekphan

The Cardiovascular Diseases Risk among the Akha Ethnic Group in Mae Suai District, Chiang Rai Province 56
Chittraphorn Suthipong Vipada Srimantayamas
Pimrat Boonyapuk

The Effectiveness of Health Literacy Development Program for Weight Control among People Living with HIV 66
Punjamarpon Satjeenphong Lamitr Pukkhaow
Sutteeporn Moolsart Worrawan kantapokai

Effect of Nurse Practitioner (NP) Intervention Program for elderly patients: Transitional Care from Hospital to Home 76
Aree Wonganu Pinyo Utthiya

สารบัญ

ระดับของความสุขและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในศตวรรษที่ 21
กมลรัตน์ ทองสว่าง ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด
ยุภดี สงวนพงษ์ อธิษฐาน ไชยเรือง — 86

ผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
กาญจนา ศรีสวัสดิ์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล — 95

การพัฒนาผักแผ่นอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์เพื่อสุขภาพ
จินตนา อาจสันเที๊ยะ พรศิริ พันธสี
ณนิตา พิศเพลิน ชนิกานต์ ซ่อนกลิ่น
สายฝน มั่งสูงเนิน — 105

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดของไทย
จารุวรรณ สนองญาติ เนติยา แจ่มทิม
ลักขณา ศิรถิรกุล เมทณี ระดาบุตร
นภาวรรณ วิริยะศิริกุล — 113

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด
จตุพร จำรองเพ็ง จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล — 122

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
ณัฐธิดา ปัญญาธนคุณ ประภัสสร จันดี
พัชราภรณ์ อนุพันธ์ — 131

ประสิทธิผลของการออกกำลังกายโดยนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
เกตุกนก เกตุทอง กนกกาญจน์ คุปตะวินทุ
ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ — 140

การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา
ปุณรัตน์ พิพิธกุล รุ่งระวี สมะวรรธนะ
เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ — 151

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
บุษยมาส คันธมาศน์ นุชนาถ บรรทุมพร
รังสิมันต์ สุนทรไชยา — 160

Contents

Level of Happiness and Factors Associated with Happiness among 21st Century Undergraduate Students, Chaiyaphum Rajabhat University
Kamonrut Tongsawang Suptawee Hirungerd
Yupahdi Sanguanphong Atithan Chairuang — 86

The Effect of Coronavirus 2019 Infection in Pregnant Women : A Systematic Review
Kanjana Srisawad Somjai Puttapithukpol — 95

Development of Crispy Vegetables Fortified with Prebiotics for Health
Jintana Artsanthia Pornsiri Punthasee
Nanita Pitplern Chanikan Sonklin
Saifon Mungsoongnern — 105

The Development of Guidelines of Promoting the Development and Healthy Growth for Premature Infants, Thailand
Jaruwan Sanongyard Netiya Jamtim
Lakana Sirathirakul Matanee Radabutr
Napawan Wiriyasirikul — 113

The Factors Related to COVID-19 Preventive Behaviors among Buddhist Monks in Muang District, Roi-Et
Jatuporn Jumrongpeng Jaruwan Kownaklai — 122

Factors Influencing Blood Glucose Control Behavior among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus in Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani Province
Nattida Panyatanakun Prapatsorn Jandee
Patcharaporn Anuphan — 131

The Effectiveness of Using the Miracle Spinning Palm Plate Innovation for Exercising on Exercise Behavior and Satisfaction with the Innovation of Nursing Students at Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province
Ketkanok Kettong Kannokarn Kutawin
Panisara Songwatthanayuth — 140

Development of Health Education Program Based on Constructionism Concept and Health Belief Model for Enhancing Health Literacy on Health Quotient of Vocational Education Students
Phunarat Phiphithkul Rungrawee Samawattana
Aimatcha Wattanaburanont — 151

The Effects of Social Support Program on Burnout in Caregivers of Bedridden Patients
Budsayamas Kantamas Nuchanart Bunthumporn
Rangsiman Soonthonchaiya — 160

สารบัญ

อิทธิพลของอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล ต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด 168
ศศิปรียา ไชโย ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง
วรรณา พาหุวัฒนกร

การพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยพื้นที่จังหวัดนครปฐม 177
วริยา จันทร์ขำ เรียม นมรักษ์
หทัยชนก บัวเจริญ ดารินทร์ โพธิ์ตั้งธรรม

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกินอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 186
ทิพย์วิมล ศรีจอมพล สุทธีพร มูลศาสตร์
นพวรรณ เปียซื่อ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก 195
วลัยนารี พรมลา กรวุฒิ แผนพรหม
ณิชาภัทร ธนศิริรักษ์ มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแล การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 204
รุ่งรัตน์ เกิดสวัสดิ์ ภิญโญ อุทธิยา
ชวนชม อ่อนไทย

มุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ 212
นิตติยา น้อยสีภูมิ สิรินันท์ เจริญผล
กิติพงษ์ พินิจพันธ์

ผลของโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 220
ภุชงค์ พุแค ศศินันท์ ศิริธาดากุลพัฒน์
วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ 230
เขมิกา ณภัทรเดชานนท์ ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์
สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล

Contents

The Influence of Age, Body Mass Index, Gestational Weight Gain, Parity, Oxytocin Dosage, Receiving Pain Medications, and Anxiety on The Duration of Labor in Parturient Women at Term 168
Sasipriya Chaiyo Piyanun Limruangrong
Wanna Phahuwatanakorn

A Development of a Mental Health Counseling System for Preventing Depression Among University Students in the Nakhon Pathom Province. 177
Wariya Chankham Riam Namarak
Hathaichanok Buajaroen Darin Photangtham

The Effectiveness of a Self-regulation Skill Enhancement Program for Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients with Overweight Body Mass Index in Kumphawapi District, Udon Thani Province 186
Tipwimon Srijompon Sutteeporn Moolsart
Noppawan Piaseu

A Confirmation Factor Analysis of Health Literacy for Child Caregivers 195
Walainaree Pommala Korawut Phanprom
Nichapat Tanasirirak Manasri Phaiboonsiri

The Effects of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevention & Care for Incontinence Associated Dermatitis in Patient Ward Somdech Phra Debaratana Building Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital 204
Rungrat Koetsawat Pinyo Utthiya
Chuanchom Onthai

Perspectives and Perceptions of Older People on Smoking Cessation 212
Nittiya Noysipoom Sirinan Charoenphol
Gitipong Pinichpan

The Effect of Brain, Mind, and Learning Program combined with Zumba Exercise Training on Executive Functions of the Brain among 10th Grade Students 220
Phuchong Phukhae Sasinan Sirithadakunlaphat
Warakorn Supwirapakorn

Factor Influencing to Prevention of COVID-19 Infection among the Older Adults in Chaiyaphum Province 230
Khemika Napattaradechanon
Phakwarin Phattharasirisomboon
Sutapinun Pronlerttaveekun

สารบัญ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานประจำในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร 239
พิษณุ คำนวน แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ
สุรินธร กลัมพากร สุคนธา ศิริ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดสะหวันเขต สปป.ลาว 248
ปาลียา ไชยะสิด นุชรัตน์ มังคละคีรี
เดชา ทำดี

ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 257
อรุณกมล ทราบรัมย์ รัชนีกร อุปเสน

ประสิทธิผลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพต่อการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล 266
ทินกร บัวชู กมลทิพย์ ใจมาคำ
ขวัญหทัย ยิ้มละมัย เสน่ห์ ขุนแก้ว

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช 274
ปริญดา จันทร์แก้ว สายฝน เอกวรางกูร
นัยนา หนูนิล นันทพร กลิ่นจันทร์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 283
รุ้งทิวา จันทร์งาม นุชรัตน์ มังคละคีรี
เดชา ทำดี

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤติ 293
ชุติมาพร โกมล วาสินี วิเศษฤทธิ์

สมรรถนะทางกาย ความคิด และการตัดสินใจยุติการขับขี่ยานพาหนะของผู้สูงอายุ 302
ปรัศนี ศรีกัน สิริสุดา เตชะวิเศษ
อรัญญา นามวงศ์

ผลของการเรียนรู้ผ่านเกมต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย 311
อรรัตน์ มณีเลิศ สุชีวา วิชัยกุล

การใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเพื่อพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัย 319
นภัสชล คำมี จุฑามาศ แหนจอน
ศศินันท์ ศิริธาดากุลพัฒน์

Contents

Effects of the Promoting Smoking Cessation Program on Smoking Cessation Behavior using Teamwork Approach and Self-efficacy of full-time workers in the Workplace, Samut Sakhon Province 239
Pitsanu Khamnuan Ann Jirapongsuwan
Surintorn Kalampakorn Sukhontha Siri

Effects of a Health Belief Enhancing Program on Perception and Coronavirus 2019 Vaccination Receiving Among Elderly Population in Savannakhet Province, LAO PDR. 248
Paliya saiyasith Nutcharat Mangkarakeree
Decha Tamdee

The Effect of Family Support on Medication Adherence in Schizophrenic Patients with Violence Behaviors 257
Aroonkamole Sarbrum Ratchaneekorn Upasen

The Effect of Using the Health Status Assessment form on the Planning of Adult and Elderly Patient Care Activities of Nursing Practitioner Students 266
Thinnakorn Buachu Kamontip Chaimakham
Khwanhathai Yimlamai Saneh Khunkaew

Factors Related to Mental Health Status of Older Adults with Chronic Illness in the Situation of COVID-19, Nakhon Si Thammarat Province 274
Parinda Junkeaw Saifon Aekwarangkoon
Naiyana Noonil Nuntaporn Klinjun

Effects of an Experiential Learning Enhancement Program on knowledge and care practices of caregiver-dependent elderly 283
Rungtiwa Janngarm Nutcharat Mangkarakeree
Decha Tamdee

The Study of the Experiences of Nurses Caring for Patients with Coronavirus 2019 in an Intensive Care Unit 293
Chutimaporn Komol Wasinee Wisesrith

Functional and Cognitive Status and Driving Cessation among Senior Road Users 302
Pratsani Srikan Sirisuda Tachavises
Arunya Namwong

The Effects of Gamification on Health Literacy in School-aged Children with Thalassemia 311
Orarat Maneelert Susheewa Wichaikull

Using Neuro-Linguistic Programming for Enhancing Executive Functions of the Brain in Early Childhood 319
Naphatsachon Khammee Juthamas Haenjohn
Sasinan Sirithadakunlaphat

สารบัญ

คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ : การวิจัยแบบผสานวิธี
ยุภดี สงวนพงษ์ จารุมาศ จันทกุล
328

ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง
สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล นงนุช บุญมาลา
สุภาพักตร์ หาญกล้า อัญชลี อ้วนแก้ว
กัตติกา วังทะพันธ์
338

ผลของการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1
ปิติณัช ราชภักดี
346

ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
ปาริฉัตร กิตติมาสกุล รังสิมันตุ์ สุนทรไชยา
สารรัตน์ วุฒิอาภา
356

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
สุกัลญา สุพิชญ์ พัทยา แก้วสาร
บุญทิพย์ สิริธรังสี
366

พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง
บุษกร สีหรัตนปทุม กีโอต์ นภาวดี ตั้งตรงวิศลกิจ
374

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย : พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์
ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล ยุวดี แตรประสิทธิ์
383

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัย: การศึกษาเชิงคุณภาพ
อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ อติญาณ์ ศรเกษตริน
จุฬารัตน์ ห้าวหาญ วารุณี เกตุอินทร์
พัชรี ชูกันหอม
394

Contents

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
328

Stress, Depression, Self-esteem, and Self-efficacy of Nursing Students a Higher Education Institution
Soiy Anusornteerakul Nongnuch Boonmala
Suphaphak Harnklar Anchalee Ounkaew
Kattika Wangtapan
338

The Effects of Using Simu lation-Based Learning on Perceptions of the Ability to Provide Ostomy Care. In Adult Nursing Practicum 1
Pitinut Ratchapakdee
346

The Effects of an Applied Behavioral Activation Therapy Program on the Depressive Symptoms of Older Adults with Depressive Disorder
Parichat Kittimasakun
Rangsiman Soonthornchaiya Sararud Vuthiarpa
356

The Effect of a Competency Building Program on Knowledge Attitude and Belief of Professional Nurses in Patients care on Volume and Pressure controlled Ventilators At Sunpasitthiprasong Hospital
Sukanya Supith Pattaya Kaewsarn
Boontip Siritarungsri
366

The Development of Nursing Model for Promoting Optimal Birth Outcomes in Pregnant Women with Secondhand Smoke Exposure
Bootsakon Seaharattanapatum Guyot
Naphawadee Tungtrongvisolkit
374

Confirmatory Factor Analysis of Upper Primary School Students' Scales: Attractive Behavior, Behavior for Protecting Friends from Bad Things, and Emotional Control Behavior
Thipkhumporn Keskomon Yuwadee Traprasit
383

Fathers' involvement in early childhood care: A Qualitative Study
Atcharawadee Sriyasak Atiya Sarakashetrin
Chularat Howharn Varunee Ket-in
Patcharee Chookunhom
394

สารบัญ

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
เสน่ห์ พุฒธิ พิชามญชุ์ คงเกษม

ผลของโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
จิตรลดา พูลศิลป์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา
สารรัตน์ วุฒิอาภา

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ
ฉัตรนิดา ประดิษฐกิจกุล ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ
วารุณี พลิกบัว สุพจน์ ศรีมหาโชตะ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี
นันท์นภัส เนียมแสงทวีแสง
สุภาภรณ์ รัตนสิมากร

การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
วาสนา ขจรเจริญกุล กันยาพร ไชยศักดิ์
ประกอบ ทองจิบ เนตรนภา เทพชนะ
กุลธลีย์ ชายเกตุ

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์ต่อสุขสมรรถนะของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
เพียงเพ็ญ บุษมงคล
ธนัมพร ทองลอง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภค และระดับ HbA_1C ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
พัทธญาณี พึ่งผาสุก
นุชรัตน์ มังคละคีรี เดชา ทำดี

ผลของการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
กัญญาวีร์ สิริโรจนามณี อัชฌา วารีย์
ศศิรชนม์ จอกลอย ทินกร เงินกำ่า
ชนม์นิภา ช้อนเขียว

Contents

402 The Development of Education and Skill on Behavior to Prevent Acute Exacerbation and Readmit 28 Day in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Hospital
Sane Putti Pichamon Kongkasem

413 The Effect of a Spiritual Caring Program on Depression among Caregivers of Patients with Terminal Cancer
Jitlada Poonsil Rangsiman Soonthornchaiya
Sararud Vuthiarpa

423 The effect of a Self-Care program via Line application on Self-Care in Patients undergoing Percutaneous Coronary Intervention
Chatnida Praditkitkul Doungrut Wattanakitkrileart
Warunee Phligbua Suphot Srimahachota

432 The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines under Anesthetic Management for Vascular Access Operation in UdonThani Hospital
Nunnapat Niemsangtaveesang
Supaporn Rattanasimakorn

441 Development of Nursing Management Model To Prevent and Control Infections in Hospital
Wassana Kajonjaroenkul Kanyaporn Chaiyasak
Prakob Thongchip Netenapa Thepchana
Kuntalee Chaikate

449 The Effects of Applied Thai Dance Aerobic Exercise Program on The Health-Related Physical Fitness of Female Students among Upper Elementary School
Piangpen Bussamongkhon
Thanumporn Thonglong

458 Effects of A Food Literacy Enhancing Program on Eating Behavior and HbA_1C Levels Among Elderly People with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus
Baddhayanee Phuengphasook
Nutcharat Mangkarakeree Decha Tamdee

467 The Effects of Breast Massage with Herbal Compress on Milk Flow among Postpartum Mothers in Doi Saket Hospital Chiangmai
Kanyavee Siriloadjanamanee Acha Varee
Sasirachun Joungloi Thinnakorn Ngoenkam
Chonnipha Chonkhiao

การยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการในประเทศไทย ของศูนย์ SIRCOP คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Raising the Level of Nursing Laboratory According to Safety Standards of Laboratory in Thailand, the SIRCOP Center, Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University

สิริรัตน์ โพธิชีพันธ์ สิชล ทองมา วีรยุทธ ศรีทุมสุข*
Sirirat Pochepan Sichon Tongma Werayuth Srithumsuk*
ศูนย์ทรัพยากรสถานการณ์จำลองและนวัตกรรมจังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000
Simulation and Innovation Resource Center of Phetchaburi (SIRCOP), Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi, Thailand, 76000

บทคัดย่อ

ความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ใช้บริการห้องปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการยังไม่สามารถระบุประเด็นความปลอดภัยภายในห้องปฏิบัติการได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นจึงนำมาตรฐานทางด้านความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทยหรือ ESPReL มาเป็นแนวทางในการพัฒนา ป้องกันและการจัดการด้านความปลอดภัย ศูนย์ SIRCOP เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลเพื่อเป็นแหล่งการเรียนการสอน ศึกษาดูงานทั้งอาจารย์ นักศึกษาและบุคคลภายนอก ดังนั้นมาตรฐานความปลอดภัยถือเป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินงานของศูนย์ SIRCOP โดยก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตาม ESPReL checklist พบสิ่งที่เป็นอันตรายหลายจุด ดังนั้นจึงได้มีการวางแผนจัดการประเด็นความเป็นอันตรายเพื่อยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการให้สูงขึ้น จากผลการดำเนินการห้องปฏิบัติการทั้ง 3 ห้องมีคะแนนที่เพิ่มมากขึ้นในทุกองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 6 การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ได้คะแนนร้อยละ 100 ทั้ง 3 ห้อง องค์ประกอบรองลงมาคือ องค์ประกอบที่ 4 ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์และเครื่องมือ ได้คะแนนร้อยละ 97.6 ทั้ง 3 ห้อง ส่วนองค์ประกอบที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ องค์ประกอบที่ 5 ระบบการป้องกันและแก้ไขภัยอันตรายได้คะแนนระหว่างร้อยละ 69.2-70 โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง การมีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : มาตรฐานความปลอดภัย, ห้องปฏิบัติการพยาบาล, ศูนย์ SIRCOP

Corresponding Author: *E-mail: jackrn12@gmail.com

วันที่รับ (Received) 27 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 24 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 30 ธ.ค. 2566

Abstract

Safety is important for those who use the services of nursing laboratories. Sometimes the person in charge of the laboratory does not identify the safety issues within the laboratory totally. Therefore, the adoption of safety standards, especially the Enhancement of Safety Practice of Research Laboratory in Thailand or ESPReL, is used as a guideline for development, prevention, and safety precautions are important. The SIRCOP center is responsible for maintaining the laboratories as a teaching and learning resource, for study visits by teachers, students, and visitors. Therefore, safety standards are one of the cornerstones of SIRCOP activities. Before improving the safety of the laboratories according to the ESPReL checklist, we found a huge of hazards. Therefore, a plan to address the hazards has been prepared to increase the safety level of the laboratory. From the results of all 3 laboratories, the scores increased in all components. The components that received 100 percent scores for all 3 laboratories were component 6 which was the basic knowledge of laboratory safety. The second highest scoring component was component 4 which was the physical characteristics of the laboratory equipment and tools received a score of 97.6 percent equally in all 3 laboratories. The component that received the lowest score was component 5 which was hazard prevention and remedial system a score between 69.2-70 percent. The key success factors are getting support from executives at all levels, creating an understanding of safety standards with relevant people, having a clear work structure, and continuous development.

Keywords : Safety standard, Nursing laboratory, SIRCOP center

บทนำ

ความปลอดภัยถือเป็นหัวใจสำคัญยิ่งของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลที่อาจเกิดความละเลยเรื่องความปลอดภัย เนื่องจากมองไม่เห็นถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น แต่ในความเป็นจริงความเสี่ยงสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกพื้นที่ของการใช้งานทั้งทางด้านกายภาพ สารเคมี สารก่อมะเร็ง ของเสีย รวมทั้งการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุภายในห้องปฏิบัติการ ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักศึกษา ผู้ใช้บริการจากภายนอก ผู้ดูแลห้องปฏิบัติการ และอาจารย์ โดยจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ที่เกี่ยวข้องดังกล่าว[1] โดยมาตรฐานความปลอดภัยได้ถือปฏิบัติเป็นระยะเวลานานแล้ว โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีการออกกฎหมายอย่างจริงจังเพื่อความปลอดภัยของบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการคำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อม เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกามีกฎหมายด้านความปลอดภัยและสุขภาพในการประกอบอาชีพที่เรียกว่า Occupational Health Guidelines for Chemical Hazards (OSHA) ส่วนในประเทศไทยได้มีการดำเนินการเช่นเดียวกับในต่างประเทศ แต่ยังไม่สามารถทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรได้ชัดเจนมากนัก อาจเนื่องมาจากการให้ความสำคัญของความปลอดภัยมีน้อย ขาดความตระหนักและการปลูกจิตสำนึก ดังนั้นการผลักดันมาตรการเกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายและจำเป็นอย่างมาก ปัจจุบันประเทศไทยโดยสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้ผลักดันให้เกิดระบบการจัดการความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการขึ้น ภายใต้โครงการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย Enhancement of Safety Practice of Research Laboratory in Thailand (ESPReL) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและเสนอแนวปฏิบัติในการยกระดับมาตรฐานคุณภาพความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งมีการกำหนดแนวทางในการพัฒนาความปลอดภัยทั้งในด้านกระบวนการพัฒนาและการมีส่วนร่วมของห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการใช้เครื่องมือในการพัฒนาความปลอดภัย ด้วยแนวปฏิบัติห้องปฏิบัติการปลอดภัย (safety guideline) และเครื่องมือสำหรับประเมินสถานภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ (ESPReL

checklist) ในการขับเคลื่อนการพัฒนาความปลอดภัย[2]

ศูนย์ Simulation and Innovation Resource Center of Phetchaburi หรือ SIRCOP เป็นศูนย์ที่ประกอบด้วยห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล ซึ่งโดยทั่วไปแล้วอาจมองไม่เห็นความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ แต่โดยความเป็นจริงแล้วความเสี่ยงภายในห้องปฏิบัติการพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้มากมาย เช่น อันตรายจากสารปรอท อันตรายจากกระแสไฟฟ้ารั่ว อันตรายจากการเกิดเหตุเพลิงไหม้ เป็นต้น ดังนั้นบทความนี้ผู้นิพนธ์เขียนขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและประเมินสภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ESPReL ประเมินความเสี่ยงของห้องปฏิบัติการและจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการให้สอดคล้องตามมาตรฐาน ESPReL ทำให้ทราบถึงผลการประเมินสถานภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ แนวทางและกระบวนการจัดการความปลอดภัย สามารถยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการให้สอดคล้องตามมาตรฐาน ESPReL จนได้รับการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการปลอดภัยในรูปแบบ peer evaluation จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มาใช้บริการห้องปฏิบัติการ โดยห้องปฏิบัติการของศูนย์ SIRCOP ที่เข้าร่วมโครงการและได้รับรองมาตรฐานมีจำนวน 3 ห้องปฏิบัติการคือ ห้องปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ห้องปฏิบัติการพยาบาลวิกฤตและห้องปฏิบัติการ Syndaver เนื่องจากลักษณะภาพรวมของทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการมีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้นผู้นิพนธ์จะเสนอบทความดังกล่าวในภาพรวมเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจง่ายขึ้น

การยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการในประเทศไทย กรณีศึกษาของศูนย์ SIRCOP คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการเพื่อการตรวจรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการปลอดภัยในรูปแบบ peer evaluation จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ของศูนย์ SIRCOP มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมความพร้อม

การรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการปลอดภัยนั้นเป็นเรื่องราวที่ใหม่สำหรับห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล ดังนั้นทางศูนย์ SIRCOP จึงได้ส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องคือ คณะกรรมการฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ศูนย์ SIRCOP เข้าร่วมประชุมและฝึกปฏิบัติส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย หรือ ESPReL และการตรวจรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการปลอดภัยในรูปแบบ peer evaluation จำนวน 4 ครั้ง การฝึกอบรมถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้เกิดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ ทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคล[3] เนื่องจากการตรวจรับรองนี้ถือเป็นเรื่องใหม่สำหรับบุคลากร ดังนั้นการฝึกอบรมถือเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

2. การลงทะเบียนห้องปฏิบัติการ

การลงทะเบียนห้องปฏิบัติการในเว็บไซต์ของกองมาตรฐานการวิจัย ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ คือ โครงการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย หรือ ESPReL (http://esprel.labsafety.nrct.go.th) และฐานข้อมูลความปลอดภัยห้องปฏิบัติการ ESPReL knowledge platform (http://labsafety.nrct.go.th) โดยการกรอกข้อมูลต่างๆ คณะทำงานเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการทุกคนทุกระดับต้องทำความเข้าใจและลงความเห็นร่วมกันในการตอบคำถามแต่ละข้อ การบันทึกข้อมูลอาจทำพร้อมกันหลายคนได้โดยแยกทำแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งข้อควรระมัดระวังคือจะต้องอ่านคำอธิบายประกอบการ checklist เพื่อให้ทราบขอบเขต วัตถุประสงค์ และความหมายของแต่ละข้อที่จะใช้ในการสำรวจสภาพให้ชัดเจนเพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

3. การสำรวจห้องปฏิบัติการ

คณะทำงานเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการได้ทำการสำรวจห้องปฏิบัติการก่อนดำเนินการยกระดับความปลอดภัย เพื่อประเมินคะแนนเริ่มต้นให้ทราบแนวทางในการพัฒนาของห้องปฏิบัติการ โดยใช้แบบประเมิน ESPReL checklist ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 2 พ.ศ. 2558 ทั้งหมด 162 รายการ ครอบคลุม 7 องค์ประกอบ ดังแสดงในส่วนผลการดำเนินการ ทั้งนี้ทางศูนย์ SIRCOP ได้รับข้อเสนอแนะและการเตรียมความพร้อมในการตรวจประเมินห้องปฏิบัติการผ่านระบบ ESPReL ตามโครงการสร้างมหาวิทยาลัยแม่ข่ายด้านมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการใหม่ และได้รับการตรวจเยี่ยม ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาห้องปฏิบัติการ ทำให้เข้าใจการใช้แบบประเมิน ESPReL checklist มากยิ่งขึ้น

4. การวางแผนการยกระดับความปลอดภัย

เมื่อคณะทำงานเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการได้สำรวจห้องปฏิบัติตาม ESPReL checklist เรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลมาประเมินความเสี่ยงด้วยวิธี what if analysis โดยพิจารณาถึงโอกาสและความรุนแรงในเหตุการณ์ต่างๆ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของศูนย์บริหารความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (COSHEM) มหาวิทยาลัยมหิดล[4] จากนั้นจัดทำแผนงานบริหารจัดการความเสี่ยง (แผนควบคุมความเสี่ยง สำหรับความเสี่ยงระดับ 2 แผนลดความเสี่ยง สำหรับความเสี่ยงระดับ 3 และ 4)

5. ดำเนินการยกระดับความปลอดภัย

คณะทำงานเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการดำเนินการยกระดับความปลอดภัยตามแผนในแต่ละองค์ประกอบและดำเนินการประเมินตนเองครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2565 จากนั้นนำผลการประเมินตนเองในแต่ละข้อมาพัฒนาปรับปรุงเพื่อยกระดับคะแนนความปลอดภัยในแต่ละองค์ประกอบ จากนั้นประเมินตนเองอีกครั้งในเดือนมีนาคม 2566 ในการทำแบบประเมินตนเองผ่านแบบประเมิน ESPReL checklist ในแต่ละรอบนั้นมีเวลาในการประเมิน 30 วันก่อนการส่ง ทำให้มีเวลาในการปรับข้อมูลเพื่อยกระดับคะแนนตามต้องการ

6. การตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการปลอดภัยในรูปแบบ peer evaluation

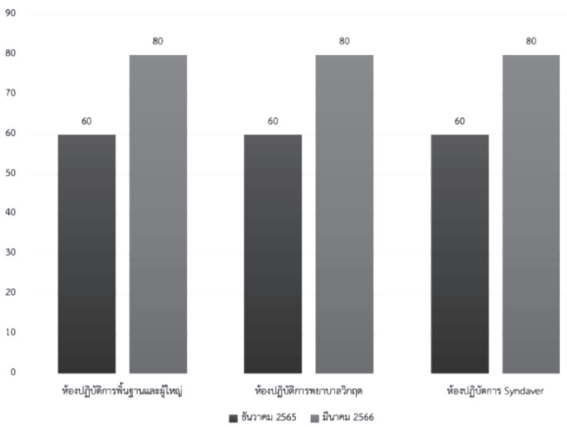
ศูนย์ SIRCOP รับการตรวจประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากศูนย์บริหารความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (COSHEM) มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2566 สรุปคะแนนและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการดำเนินการ

จากการสำรวจและประเมินสถานภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการด้วย ESPReL checklist พบสิ่งที่ต้องปรับปรุงและการยกระดับความปลอดภัยในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารระบบการจัดการด้านความปลอดภัย

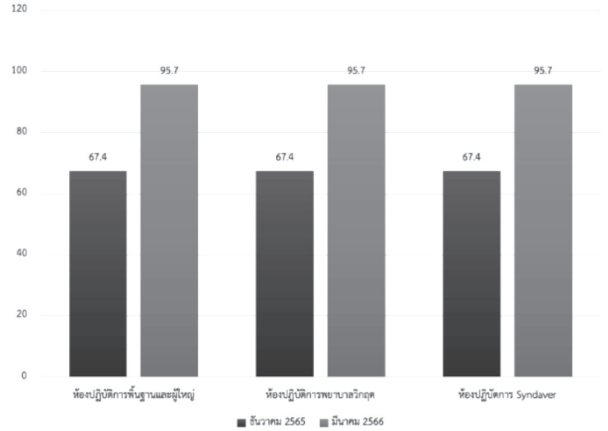
ก่อนการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ พบว่านโยบาย แผนงาน และโครงสร้างการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยในระดับคณะ ภาควิชา และห้องปฏิบัติการยังไม่มีการจัดทำและปฏิบัติในประเด็นดังกล่าว ส่วนการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลด้านความปลอดภัยยังไม่ได้มีการจัดทำในทุกระดับ ทั้งนี้ คณะทำงานเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการจึงได้ประชุมร่วมกับสถาบันวิจัยและส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมซึ่งเป็นผู้รับผิดหลักในเรื่องการรับรองมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย เพื่อยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการการเกี่ยวกับบริหารระบบการจัดการด้านความปลอดภัยให้ครอบคลุมระดับมหาวิทยาลัยและห้องปฏิบัติการ ตั้งแต่องค์ประกอบที่ 2 ถึง 7 หลังจากการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการในองค์ประกอบนี้เกิดนโยบายด้านความปลอดภัย แผนงานด้านความปลอดภัย และโครงสร้างการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยครอบคลุมทั้งในระดับมหาวิทยาลัยและห้องปฏิบัติการ ทั้ง 3 ห้อง อีกทั้งห้องปฏิบัติการได้กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลด้านความปลอดภัย โดยร้อยละของคะแนนองค์ประกอบที่ 1 ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละขององค์ประกอบที่ 1 การบริหารระบบการจัดการด้านความปลอดภัย ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 (ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) และเดือนมีนาคม 2566 (หลังการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) ของทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการ

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการจัดการสารเคมี

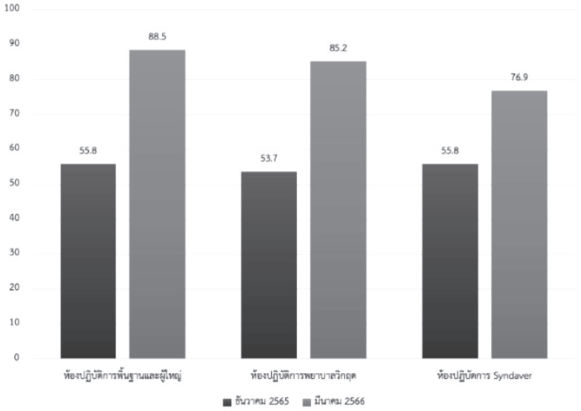
หลายท่านอาจคิดว่าห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลไม่มีสารเคมี แต่เมื่อได้ศึกษาอย่างถ่องแท้โดยเฉพาะการศึกษาจาก Safety Data Sheet (SDS) จะพบว่ามีสารเคมีในห้องปฏิบัติการพยาบาลพอสมควร ได้แก่ 80% Benzakonium Chloride (สารทำกัดกร่อน ของเหลวไวไฟ/ติดไฟ สารเป็นพิษ) 5% Chlorhexidine Gluconate (สารทำกัดกร่อน) 70% Ethyl Alcohol Solution (ของเหลวไวไฟ/ติดไฟ สารเป็นพิษ) MA Plus (สารก่อความระคายเคือง) Povidone Iodine Solution (ของเหลวไวไฟ/ติดไฟ สารเป็นพิษ สารก่อความระคายเคือง) Sulfur Powder (ของแข็งไวไฟ) และ Mercury (สารกัดกร่อน สารพิษ) ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ สารเคมีเหล่านี้กระจายอยู่ตามบริเวณต่างๆ ไม่มีการศึกษาถึงอันตรายของสารเคมี ซึ่งสารที่เป็นอันตรายมากที่สุดของห้องปฏิบัติการคือ Mercury หรือสารปรอทจะพบอยู่ในปรอทแก้ววัดอุณหภูมิร่างกายและเครื่องวัดความดันโลหิต ดังนั้นจะต้องมีการจัดการที่เหมาะสมหากเกิดการปนเปื้อนภายในห้องปฏิบัติการ หลังการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ คณะทำงานเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการได้มีการบันทึกข้อมูลสารเคมีในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ ตามโครงสร้างของข้อมูลสารเคมี จัดเก็บสารเคมีแยกตามสถานะของสาร ได้แก่ สารเคมีที่เป็นของแข็ง ของเหลวและแก๊ส จัดเก็บสารเคมีแยกตามสมบัติความเป็นอันตรายของสารเคมี โดยแยกสารเคมีกลุ่มที่มีความไวต่อการเกิดปฏิกิริยาเคมี สารเคมีไวไฟและสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพออกจากกันอย่างชัดเจน[5] นอกจากนี้ยังมีการจัดทำข้อมูลรายชื่อสารเคมี ชื่อผู้รับผิดชอบและสัญลักษณ์ความเป็นอันตรายหน้าตู้เก็บสารเคมี รถเคลื่อนย้ายสารเคมี การจัดเตรียม PPE จัดทำเอกสาร SDS ของสารเคมีทุกชนิดในห้องปฏิบัติการ โดยร้อยละของคะแนนองค์ประกอบที่ 2 ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละขององค์ประกอบที่ 2 ระบบการจัดการสารเคมี ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 (ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) และเดือนมีนาคม 2566 (หลังการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) ของทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการ

องค์ประกอบที่ 3 ระบบการจัดการของเสีย

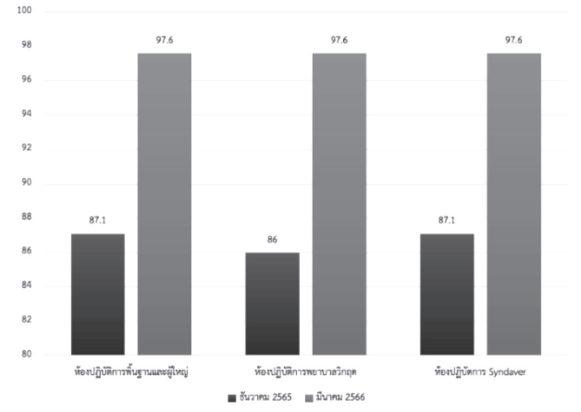
ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการศูนย์ SIRCOP ไม่มีระบบการจัดการของเสียเนื่องจากคิดว่าของเสียที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นของเสียที่อันตราย จึงกำจัดโดยการทิ้งทางท่อระบายน้ำ ซึ่งผลกระทบที่มีต่อสิ่งแวดล้อมจากของเสียที่เกิดจากห้องปฏิบัติการในรูปของความเป็นกรดโลหะหนัก สารละลายและผลิตภัณฑ์ที่ได้ ที่มีต่อสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องต้องตระหนัก[6] หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการได้มีระบบบันทึกข้อมูลของเสียทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ มีการปรับข้อมูลทุก 6 เดือน มีแนวปฏิบัติในการลดการเกิดของเสีย มีการกำหนดปริมาณรวมสูงสุดและระยะเวลาเก็บของเสียที่อนุญาตให้เก็บได้ในห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ได้ประสานงานกับคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการส่งของเสียไปกำจัดกับบริษัทรับกำจัดของเสียที่ได้รับใบอนุญาต เนื่องจากของเสียที่เกิดภายในห้องปฏิบัติการมีปริมาณเพียงเล็กน้อย การว่าจ้างบริษัทโดยตรงอาจไม่เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยร้อยละของคะแนนองค์ประกอบที่ 3 ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงร้อยละขององค์ประกอบที่ 3 ระบบการจัดการของเสีย ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 (ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) และเดือนมีนาคม 2566 (หลังการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) ของทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการ

องค์ประกอบที่ 4 ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์และเครื่องมือ

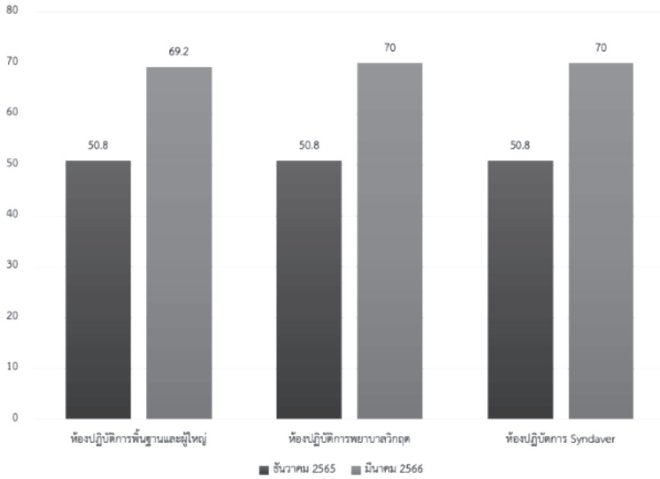
การสำรวจและตรวจสอบในด้านลักษณะทางกายภาพถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ระบบการจัดการด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี มอก. 2677 องค์ประกอบนี้ต้องประสานงานและได้รับความร่วมมือจากกลุ่มงานพัฒนากายภาพ ภูมิสถาปัตย์และสิ่งแวดล้อมของมหาวิทยาลัยเนื่องจากมีผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะวิศวกร ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการตรวจพบ มีเตียงผู้ป่วยขวางประตูเข้าออก 1 ด้าน (ห้องปฏิบัติการมีทางเข้า-ออก 2 ด้าน) สิ่งของกีดขวางทางหนีไฟ ไม่มีแผนผังหนีไฟของห้องปฏิบัติการ ไม่มีการตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงเป็นประจำ ไม่มีการตรวจสอบปริมาณแสงสว่างภายในห้องปฏิบัติการ มีการต่อปลั๊กพ่วง มีม่านหน้าต่างภายในห้องที่เก็บอาจารย์ใหญ่จำลอง ไม่มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำที่แช่อาจารย์ใหญ่จำลองก่อนทิ้ง หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นทั้งหมด แต่จะขออนุญาตยกประเด็นสำคัญดังนี้ ยกเตียงผู้ป่วยที่ขวางประตูออก เพื่อเพิ่มช่องทางในการหลบหนีกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้หรือภัยพิบัติต่างๆ การเปลี่ยนจากผ้าม่านเป็นสติ๊กเกอร์ติดกระจกเพื่อลดการสะสมของสารเคมีที่สามารถระเหยได้ มีการตรวจปริมาณแสงสว่างภายในห้องปฏิบัติการ รวมทั้งมีการตรวจคุณสมบัติของน้ำตามมาตรฐานก่อนระบายน้ำทิ้งของน้ำแช่อาจารย์ใหญ่ที่มีน้ำยาป้องกันเชื้อราและน้ำยาป้องกันตะไคร่น้ำก่อนปล่อยทิ้งในท่อระบายน้ำของอาคารทุก 6 เดือนโดยการส่งไปตรวจยังคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น โดยร้อยละของคะแนนองค์ประกอบที่ 4 ดังแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 แสดงร้อยละขององค์ประกอบที่ 4 ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์และเครื่องมือ ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 (ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) และเดือนมีนาคม 2566 (หลังการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) ของทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการ

องค์ประกอบที่ 5 ระบบการป้องกันและแก้ไขภัยอันตราย

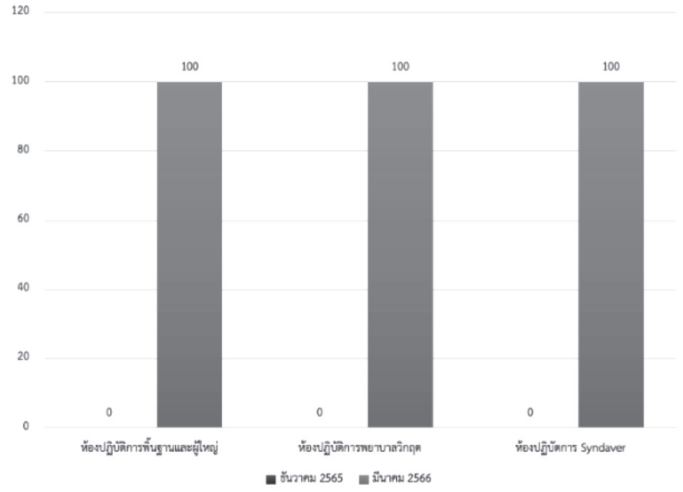
ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการศูนย์ SIRCOP ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับระบบการป้องกันและแก้ไขอันตรายที่ครอบคลุม การบริหารความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การรายงานการบริหารความเสี่ยง การใช้ประโยชน์จากรายงานการบริหารความเสี่ยง หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติได้มีการสำรวจความเป็นอันตรายอย่างเป็นรูปธรรมและการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ในทุกองค์ประกอบทั้งระดับห้องปฏิบัติการและระดับบุคคล ซึ่งในระดับบุคคลนั้นจะแยกประเมินความเสี่ยงทั้งนักศึกษา นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจารย์ และพนักงานทำความสะอาดซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ห้องปฏิบัติการมีประเด็นความเสี่ยงเดียวกัน แต่ระดับความเสี่ยงที่แตกต่างกัน เช่น การเคลื่อนย้ายอาจารย์ใหญ่จำลอง พนักงานทำความสะอาดเป็นผู้เคลื่อนย้ายหลักถือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงสุด รองลงมาคือนักวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นผู้ช่วยหรือเคลื่อนย้ายแทน ส่วนอาจารย์และนักศึกษาจะมีความเสี่ยงในระดับเท่ากันคือความเสี่ยงในระดับต่ำเนื่องจากมีการใส่เสื้อกาวน์ยาวและถุงมือเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังได้มีการจัดเตรียม mercury tool kit กรณีมีการรั่วไหลของสารปรอท นอกจากนี้ยังมีการจัดการความเสี่ยง (Risk management) ได้แก่ จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติร่วมกันในการใช้ห้องปฏิบัติการ มีการสอนและการแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงาน และมีการสื่อสารความเสี่ยงด้วยวิธีและรูปแบบต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Omidvati[7] ที่กล่าวว่า การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) เป็นขั้นตอนที่องค์กรต้องถ่ายทอดข้อมูลให้ทุกคนรับทราบโดยผ่านการสื่อสารรูปแบบต่างๆ เช่น การติดป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ การติดฉลาก เป็นต้น โดยร้อยละของคะแนนองค์ประกอบที่ 5 ดังแผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 5 แสดงร้อยละขององค์ประกอบที่ 5 ระบบการป้องกันและแก้ไขภัยอันตราย ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 (ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) และเดือนมีนาคม 2566 (หลังการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) ของทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการ

องค์ประกอบที่ 6 การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ

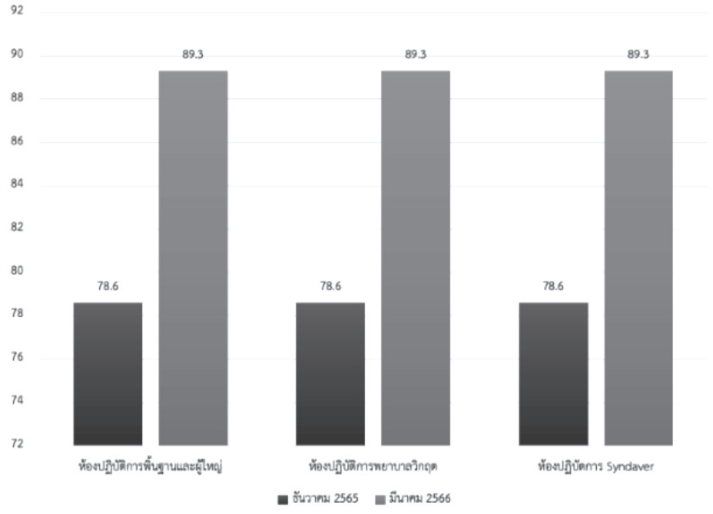
ถึงแม้องค์กรหรือหน่วยงานจะมีระบบการบริหารจัดการดีเพียงใด แต่หากบุคคลในองค์กรหรือหน่วยงานขาดความรู้หรือทักษะ ขาดความตระหนักและเพิกเฉยแล้วจะก่อให้เกิดอันตรายและความเสียหายต่างๆ ได้ โดยการใช้สื่อหลายรูปแบบจะสามารถสร้างความปลอดภัยได้[8] หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติได้มีการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ซึ่งในองค์ประกอบนี้จะเน้นการให้ความรู้พื้นฐานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารจะเน้นในเรื่องระบบการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย หัวหน้าห้องปฏิบัติการและผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย รายละเอียดขององค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน SDS และป้ายสัญลักษณ์ด้านความปลอดภัย พนักงานทำความสะอาดจะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และป้ายสัญลักษณ์ด้านความปลอดภัย โดยร้อยละของคะแนนองค์ประกอบที่ 6 ดังแผนภูมิที่ 6



แผนภูมิที่ 6 แสดงร้อยละขององค์ประกอบที่ 6 การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 (ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) และเดือนมีนาคม 2566 (หลังการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) ของทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการ

องค์ประกอบที่ 7 การจัดการข้อมูลและเอกสาร

ข้อมูลและเอกสารด้านความปลอดภัยสามารถใช้เป็นหลักฐานบันทึกที่สามารถส่งงานต่อกันได้หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ และเป็นการต่อยอดของความรู้ในทางปฏิบัติการ ให้การพัฒนาความปลอดภัยเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[9] ก่อนทำการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการมีเพียงเอกสารและคู่มือทั่วไป แต่ขาดประสิทธิภาพ ไม่มีเอกสารที่เป็นแนวปฏิบัติ ไม่มีการควบคุมเอกสารและการปรับปรุงเอกสารที่เป็นปัจจุบัน หลังการดำเนินการยกระดับความปลอดภัย ห้องปฏิบัติการมีการจัดการข้อมูลและเอกสารให้เป็นหมวดหมู่ในแต่ละแฟ้ม มีรายการเอกสารไว้ที่หน้าแฟ้ม มีการบันทึกการเข้า-ออกของเอกสาร รวมทั้งมีการปรับปรุงเอกสารให้เป็นปัจจุบันและสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยร้อยละของคะแนนองค์ประกอบที่ 7 ดังแผนภูมิที่ 7



แผนภูมิที่ 7 แสดงร้อยละขององค์ประกอบที่ 7 การจัดการข้อมูลและเอกสาร ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 (ก่อนการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) และเดือนมีนาคม 2566 (หลังการยกระดับความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ) ของทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการ

สรุป

จากผลการยกระดับความปลอดภัยห้องปฏิบัติการทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการมีคะแนนที่เพิ่มมากขึ้นในทุกองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ได้คะแนนร้อยละ 100 ทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการ คือ องค์ประกอบที่ 6 การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ องค์ประกอบที่ได้คะแนนรองลงมา คือ องค์ประกอบที่ 4 ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์และเครื่องมือ ได้คะแนนร้อยละ 97.6 เท่ากับทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการ ส่วนองค์ประกอบที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ องค์ประกอบที่ 5 ระบบการป้องกันและแก้ไขภัยอันตราย ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 69.2-70 จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 ห้องปฏิบัติการมีคะแนนไม่แตกต่างกันเนื่องจากลักษณะของห้องปฏิบัติการมีความคล้ายคลึงกัน และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิจากศูนย์บริหารความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (COSHEM) มหาวิทยาลัยมหิดลตรวจเยี่ยมเพื่อการตรวจรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการปลอดภัยในรูปแบบ peer evaluation เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2566 และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลปรากฏว่าห้องปฏิบัติการทั้ง 3 ห้องของศูนย์ SIRCOP ได้คะแนนร้อยละ 100 ในทุกองค์ประกอบ

จากการดำเนินการครั้งนี้มีประโยชน์สำหรับนักศึกษา อาจารย์ ผู้ปฏิบัติงานและพนักงานความสะอาดในประเด็นของการสร้างมั่นใจในเรื่องความปลอดภัยเมื่อเข้าใช้งานภายในพื้นที่ของห้องปฏิบัติการ ศูนย์ SIRCOP โดยกุญแจสำคัญที่ทำให้การดำเนินการครั้งนี้ประสบความสำเร็จคือ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับมหาวิทยาลัยและคณะ การส่งเสริมความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยทั้ง ESPReL และ Peer Evaluation การสนับสนุนให้บุคคลที่เกี่ยวข้องเข้ารับการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้มาพัฒนาห้องปฏิบัติการที่เป็นไปตามมาตรฐาน นอกจากนี้ส่วนสำคัญอย่างหนึ่งคือ ศูนย์ SIRCOP มีโครงสร้างที่ชัดเจนเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการรับรองมาตรฐานต่างๆ รวมทั้งการรับรองมาตรฐานความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการด้วย และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาห้องปฏิบัติการให้เป็นมาตรฐานถือเป็นสิ่งสำคัญในการประสบความสำเร็จครั้งนี้ นอกจากนี้ศูนย์ SIRCOP จะต้องขยายการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการที่เหลือเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานแล้วให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นผ่านกระบวนการทำงานของ Plan-Do-Check-Act

References

1. Kreunin P, Chaosrimud D, Borisuthi B. The development of laboratory safety management in metals and trace elements testing laboratory. Bulletin of Applied Science. 2013; 2(2): 55-61. (in Thai)
2. Wiriyakraikul C, Sorachoti K, Suppradid J. Establishing criteria for laboratory safety potential assessment in Thailand. Academic Journal of Architecture. 2019; 68: 35-54. (in Thai)
3. Thurapaeng W. The development of training activities using collaborative learning technique via social media for business for promote warehouse knowledge and participation behavior of employee in food industry business organization. Graduate School, Silpakorn University; 2021. (in Thai)
4. Jinakul N, Chanton D, Khammanit R. Hazard identification and risk assessment in biological laboratories. Burapha Journal of Medical. 2017; 4(2): 20-34. (in Thai)
5. Young JA. Safety in academic chemistry laboratories. Washington DC: American Chemical Society; 2003.
6. Nascimento EdS, Filho AT. Chemical waste risk reduction and environmental impact generated by laboratory activities in research and teaching institutions. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. 2010; 46(2): 187-98.
7. Omidvari M, Mansouri N, Nouri J. A pattern of fire risk assessment and emergency management in educational center laboratories. Safety Science. 2015; 73(3): 34-42.
8. Werajong O, Deepreecha K. Media for safety communication in occupational health nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 10-15. (in Thai)
9. Wiriyakraikul C. Development of research laboratory safety models in Thailand. Academic Journal of Architecture. 2015; 64: 33-46. (in Thai)

กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ในสตรีตั้งครรภ์

Learning Management Strategies to Promote Digital Health Literacy Among Pregnant Women

อัญชลี จิตราภิรมย์ อังศินันท์ อินทรกำแหง* ศรัณย์ พิมพ์ทอง
Aunchalee Jittrapirom Ungsinun Intarakumhang* Saran Pimthong
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10110
Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot University Bangkok Thailand 10110

บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอสำหรับนำไปปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง เพิ่มสมรรถนะในการดูแลครรภ์ และเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีของการตั้งครรภ์ ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง และทักษะการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี บุคลากรด้านสุขภาพต้องหาแนวทางการจัดการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลเพื่อนำมาใช้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ให้ทันสมัยมีประสิทธิผลสูงขึ้น ผู้เขียนขอนำเสนอกลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ โดยบูรณาการกลยุทธ์การจัดการเรียน 3 แนวทาง 1) กลยุทธ์การเรียนรู้โดยการกำกับตนเอง (Self-Regulated Learning Strategies) 2) กลยุทธ์ 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Five Skill Improve Health literacy) ร่วมกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลตามคิดอนุกรมวิธานของบลูม และ 3) กลยุทธ์การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) แนวทางดังกล่าวมาจากฐานรากของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคมที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล, กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้, สตรีตั้งครรภ์

Abstract

Pregnant women need sufficient health knowledge to practice and reduce risks, enhance their pregnancy care competence, and achieve good health outcomes. Specific health information and healthcare skills are crucial factors that determine good health behavior. Health professionals must explore digital media-based learning strategies to improve health knowledge in pregnant women, making it more contemporary and effective. The author presents a strategy for promoting digital health literacy in pregnant women, incorporating three approaches 1) Self-Regulated Learning Strategies: Encouraging pregnant women to take control of their own learning process. 2) Five Skill Improve Health Literacy: Fostering five key skills to enhance health literacy in pregnancy. This includes organizing learning activities using Bloom's taxonomy of learning domains. 3)Empowerment: Utilizing empowerment principles rooted in social cognitive learning

Corresponding Author: *Email: ungsinun@g.swu.ac.th

วันที่รับ (Received) 17 พ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 3 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 9 ธ.ค. 2566

theory to develop digital health literacy skills in pregnant women. These strategies draw from the foundations of social cognitive learning theory and can be applied to future efforts to improve digital health literacy skills in pregnant women.

Keywords: Digital Health literacy, Learning management strategies, Pregnant women

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาเด็กเกิดน้อยด้อยคุณภาพ และพบอัตราส่วนการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปีงบประมาณ 2563 ถึง 2565 เท่ากับ 23.1 36.98 และ 29.3 ตามลำดับ[1] ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอัตราการตายของมารดาไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมขณะตั้งครรภ์อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ สตรีตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องมีความรู้และประสบการณ์เชิงบวกเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ การดูแลด้านร่างกายและจิตสังคม การดูแลด้านสุขภาพที่ดีขณะตั้งครรภ์การเปลี่ยนผ่านสู่การคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย[2]

จากสถานการณ์การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนนหรือร้อยละ 65 ของคะแนนเต็ม และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.09[3] ยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2560-2569 สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย[4] มุ่งเน้นการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (eHealth Strategy) ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์จัดเป็นกลุ่มเปราะบางต่อสถานการณ์ความเสี่ยงสูงที่ส่งผลต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก การเข้าถึง ความเข้าใจ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ[5] ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการจัดการตนเอง[6]

การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอดมีความจำเป็น เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้หากสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องอาจส่งผลให้ปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพไม่เหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ รูปแบบการให้ความรู้ขณะมาฝากครรภ์ที่สถานบริการสุขภาพพบว่ามีวิธีการให้ความรู้ทั้งรูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคลที่โรงพยาบาล แต่พบว่าสตรีตั้งครรภ์และสามีไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ได้ครบ 100% เนื่องจากเวลาที่จำกัดจึงไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมการสอนได้สตรีตั้งครรภ์จึงได้ข้อมูลในการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน [7] การจัดรูปแบบการเรียนรู้สามารถทำได้หลากหลายช่องทางที่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้กัน ได้แก่ YouTube, Face book และ Line สามารถนำมาใช้ในการค้นหาข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพได้ที่ตอบสนองความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถใช้ได้ทุกที่ทุกเวลา อย่างไรก็ตามการแสวงหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตมีปัญหาในเรื่องความถูกต้อง ขาดความสามารถในการอ่านเขียน การคำนวณ และการค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความสับสน หรือลังเลสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ ไม่มั่นใจและอาจนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ขาดรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่เผชิญอยู่ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของตนเองมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองได้[8]

การพัฒนาศักยภาพให้สตรีตั้งครรภ์มีความรอบด้านสุขภาพที่เพียงพอ (Health literacy) ต้องอาศัยทักษะที่จำเป็นเพื่อการค้นหา การเข้าถึง การประเมินข่าวสารทางสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลายของบริบท ประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่างๆ จนนำมาปรับใช้กับตนเองอย่างมีวิจารณญาณสามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลนำไปสู่การตัดสินใจนำมาปฏิบัติและประเมินผลการทดลองใช้ข้อมูลนั้นๆ จนเกิดประโยชน์จากการใช้ในชีวิตประจำวัน[9]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ดิจิทัลมีความ

สัมพันธ์กันในการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ ข้อมูลด้านสุขภาพครอบคลุมข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการสุขภาพ ข้อมูลต่างๆเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ ความคิด ความเชื่อ จนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม[10] การนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้การดูแลสุขภาพดีขึ้น ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้วยการสืบค้นข้อมูลสุขภาพออนไลน์ สนับสนุนการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แนวทางดิจิทัลสามารถดำเนินการได้ด้วยการฝึกอบรม การจัดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะที่จำเป็นต้องพัฒนาด้วยหลักการและการฝึกทำซ้ำจนเกิดเป็นทักษะ การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยเทคโนโลยีและบูรณาการรูปแบบการดูแลจากการรักษาไปสู่การป้องกันและดูแลโดยเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้น[11] บทความนี้ผู้เขียนจึงนำเสนอกลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้ออกแบบและพัฒนากลยุทธ์การจัดการเรียนรู้แนวใหม่ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งสามารถนำมาใช้พัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลแก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อนำไปสู่การมีสมรรถนะดิจิทัลเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ

นโยบายการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนมุ่งเน้นการสร้างเสริมให้คนในชาติมีสุขภาวะที่ดีสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม กระทรวงสาธารณสุขจึงพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขสู่ไทยแลนด์ 4.0 ด้านสาธารณสุขได้ผลักดันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลผ่านยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth Strategy)[12] จุดยืนของแผนปฏิบัติการกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565 มีดังนี้ 1) แม่และเด็กเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง 2) ระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กทันสมัยได้มาตรฐาน ผู้ให้บริการมีศักยภาพสูงในการเสริมสร้างสุขภาพแม่และเด็กและมีความสุขในทำงาน และ 3) แม่มีความฉลาดรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เลี้ยงดูลูก และมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพแม่และเด็กจนเป็นค่านิยมและวัฒนธรรมสุขภาพ[11] การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ให้ทันสมัยและมีประสิทธิผลสูงขึ้น ความเข้าใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการนำไปกำหนดรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการพัฒนา[13]

ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึงทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ การประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในประจำวันได้[14] ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health literacy หรือ e-Health literacy) หมายถึงทักษะการเรียนรู้ผ่านการเทคโนโลยีดิจิทัลจนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ กล่าวคือทักษะการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีดิจิทัล อาทิ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ แทปเลต โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และสื่อออนไลน์ ค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ และนำข้อมูลข่าวสารไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[15]

แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมาในประเทศไทยยังขาดการเน้นไปถึงความสามารถขั้นวิจารณญาณที่จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะความสามารถการเรียนรู้และปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีในยุคปัจจุบัน[16,17] แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพยุคนี้ควรเน้นการฝึกอบรม จัดการเรียนรู้ให้เกิดทักษะที่เพียงพอ รูปแบบกิจกรรมต้องเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่และบุคคล ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองให้ทันกับเปลี่ยนแปลงของยุคเทคโนโลยีดิจิทัล[18] ทักษะจำเป็นที่ต้องได้รับการเรียนรู้ฝึกฝนทักษะจนชำนาญ ได้แก่ รู้ เข้าใจและใช้เป็นเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การค้นหา การเข้าถึง การประเมินข่าวสารทางสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลายของบริบท ประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่างๆ จนนำมาปรับใช้กับตนเองอย่างมีวิจารณญาณสามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลนำไปสู่การตัดสินใจนำมาปฏิบัติและประเมินผลการทดลองใช้ข้อมูลนั้นๆ จนเกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพควบคู่ไปกับการสร้างพลังอำนาจเพื่อคงไว้ในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การเรียนรู้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ

3 ประการ คือ บุคคล (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) และพฤติกรรม (Behavior) ตามแนวคิดของแบดูรา[19] ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการจัดการเรียนรู้ คือ ปัจจัยด้านบุคคลที่จะพัฒนาการเรียนรู้ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมหรือบริบทของการเรียนรู้ ซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวของผู้เรียนเป็นอย่างมาก ปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาจากการประเมินผลผู้เรียน การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลเพื่อการธำรงรักษาสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนตามกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 5 องค์ประกอบ คือ เข้าถึง เข้าใจ การสื่อสาร ตัดสินใจ นำไปใช้[20] การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลเป็นการพัฒนาทักษะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ภายใต้ทักษะพื้นฐาน 6 ทักษะ คือ การรู้ทักษะพื้นฐาน (Traditional literacy) การรู้สารสนเทศ (Information literacy) การรู้หลักการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific literacy) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) การรู้ด้านคอมพิวเตอร์ (computer literacy) และการรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)[21] สรุปได้ว่าการพัฒนากระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่อาศัยหลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะ และการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลจากการจัดการเรียนรู้เป็นระยะๆ จนเกิดทักษะความชำนาญ

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลเป็นการประเมินทักษะเฉพาะในด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพมีประโยชน์เพื่อสะท้อนความเป็นจริงและชี้ประเด็นการพัฒนา แบบสอบทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพด้วยตนเอง The eHealth Literacy Scale (eHEALS) ที่พัฒนาโดยนอร์แมนและสกินเนอร์[22] จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินการรับรู้ ทักษะ ความเชื่อมั่นตนเองในการค้นหาประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง

เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลช่วยให้เข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับ 3 ด้านสมรรถนะหลักๆ ดังนี้ 1) การรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีดิจิทัลและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพช่วยให้เข้าใจว่าเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถมีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างไร และสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ อย่างไร 2) ทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพช่วยให้รู้ว่ามีทักษะอะไรที่จำเป็นต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เช่น การค้นหาข้อมูล การเข้าถึงเว็บไซต์สำหรับสุขภาพ เป็นต้น และ 3) ความมั่นใจตนเองในการประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่างๆ ช่วยให้ทราบระดับความมั่นใจตนเองในการประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่างๆ จากแหล่งออนไลน์ เพื่อตัดสินใจนำมาข้อมูลนั้นมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพ

กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์

การพัฒนาศักยภาพให้สตรีตั้งครรภ์มีความรอบด้านสุขภาพที่เพียงพอ (Health literacy) ต้องอาศัยทักษะที่จำเป็นเพื่อการค้นหา การเข้าถึง การประเมินข่าวสารทางสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลายจากสื่อสังคมออนไลน์ ประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่างๆ จนนำมาปรับใช้กับตนเองอย่างมีวิจารณญาณสามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลนำไปสู่การตัดสินใจนำมาปฏิบัติและประเมินผลการทดลองใช้ข้อมูลนั้นๆ จนเกิดประโยชน์จากการใช้ในชีวิตประจำวัน กลยุทธ์การสอนสำหรับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ บทบาทผู้เรียนต้องทำความใจสภาวะสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ ตั้งเป้าหมายสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ กำกับตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ลงมือปฏิบัติผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ประเมินข่าวสารทางสุขภาพ มีความรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเองเป็นผู้ค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์ เน้นให้กลุ่มปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดกระบวนการคิดขั้นสูง ส่วนบทบาทผู้สอนต้องเข้าใจแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ กลยุทธ์การสอนเทคโนโลยีดิจิทัล นำองค์ประกอบการเรียนรู้ ทฤษฎีของบลูมดิจิทัล (Bloom's Digital taxonomy) มาเป็นแนวคิดจัดกิจกรรมนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ และผู้อำนวยความสะดวก ชี้แนะ เป็นที่ปรึกษา เสริมพลังอำนาจ และต้องพัฒนาความสามารถในการใช้ฐานข้อมูลสุขภาพ สื่อเทคโนโลยี รวมถึงแสวงหาความรู้ให้ทันสมัยตลอดเวลา

โดยบูรณาการกลยุทธ์การจัดการเรียน 3 แนวทาง กลยุทธ์การเรียนรู้โดยการกำกับตนเอง (Self-Regulated Learning Strategies) กลยุทธ์ 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Five Skill Improve Health literacy) กลยุทธ์การเสริมพลัง (Empowerment) ดังรายละเอียด

1) กลยุทธ์การเรียนรู้โดยการกำกับตนเอง (Self-Regulated Learning Strategies) ตามแนวคิดของแบนดูรา[19] คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ขณะเรียน และการทำให้ผู้เรียนรู้เป้าหมายของการเรียน โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมายและประเมินความต้องการของตนเอง (Setting goals and Assessing Needs) เพื่อให้รู้จักตัวเอง รู้จักความเสี่ยงของตนเอง การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน มีความเต็มใจที่จะเรียนรู้ ระบุประเด็นที่ต้องการเรียนรู้ได้ กำหนดชนิดของการเรียนรู้ 2) การจัดการในการเรียน (Management of learning) การบริหารเวลา ความพร้อมของร่างกาย หาทางเลือกของตนเองที่มีศักยภาพและพัฒนาศักยภาพของตนเอง การเรียนรู้จากการฝึกและปฏิบัติ ให้โอกาสตนเองได้ฝึกตัดสินใจ แก้ปัญหา หาเพื่อนร่วมเรียนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน 3) การเลือกวิธีการเรียนรู้ (Choose a study method) สื่อ อุปกรณ์ดิจิทัลที่เหมาะสมกับตนเอง และ การฝึกทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อนำมาเป็นเครื่องมือในการจัดการเรียนรู้ 4) การควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ (Control the learning environment) ตระหนักในความสามารถของตนเอง มีความพยายาม การเอาใจใส่ต่อสิ่งเรียนรู้ ทำสัญญาการเรียนระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และ 5) กำหนดวิธีการตรวจสอบผลการเรียนรู้ตนเอง (Self-check method) การสะท้อนตนเอง เรียนรู้จากความสำเร็จและข้อบกพร่อง กลยุทธ์นี้วิเคราะห์ได้ว่า การที่ผู้เรียนที่ตั้งเป้าหมายการเรียนรู้จะสามารถเลือกแหล่งข้อมูลดิจิทัลที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ดีขึ้น การควบคุมกระบวนการช่วยให้ผู้เรียนสามารถตรวจสอบและประเมินความถูกต้องของข้อมูลดิจิทัล และหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่เป็นเรื่องจริงหรือไม่น่าเชื่อถือ การประเมินผลการเรียนรู้ช่วยผู้เรียนมีส่วนร่วมในการประเมินความรู้และทักษะที่ได้จากการเข้าถึงและใช้ข้อมูลดิจิทัล ส่วนการปรับปรุงและประเมินตนเองช่วยให้ผู้เรียนสามารถรับรู้และปรับปรุงความรู้ในเรื่องสุขภาพดิจิทัลของตนเอง ทำให้มีทักษะในการคัดเลือกและใช้ข้อมูลดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ

2) กลยุทธ์ 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Five Skill Improve Digital Health literacy) ร่วมกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามคิดอนุกรมวิธานของบลูม กลยุทธ์ 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Five Skill Improve Health literacy) เป็นทักษะสำคัญที่ต้องพัฒนาในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยที่เป็นที่ยอมรับและมีการนำมาใช้มากที่สุดในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ [23] ในการเขียนนี้ ผู้เขียนได้กำหนดคำอธิบายในการประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ ไว้ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (access) ความสามารถและทักษะของสตรีตั้งครรภ์ในการเลือกแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ค้นหาข้อมูลโดยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทิล กลั่นกรอง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลมาทำความเข้าใจ 2) ฝึกทักษะการเข้าใจ (understand) ความสามารถและทักษะของสตรีตั้งครรภ์ในการเรียนรู้ การหาวิธีจดจำ และสร้างความเข้าใจข้อมูลและเนื้อหาความรู้ 3) ฝึกทักษะการสื่อสาร (communication skill) ความสามารถและทักษะของสตรีตั้งครรภ์การใช้คำถาม ประกอบด้วยการวางแผนการใช้คำถาม การจัดเตรียมคำถาม หาวิธีการใช้คำถาม และการประเมินการใช้คำถาม 4) ฝึกทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ความสามารถและทักษะของสตรีตั้งครรภ์ในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี รวมถึงการใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดีผลเสีย และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม และ 5) ฝึกทักษะการนำไปใช้ (Apply) ความสามารถและทักษะของสตรีตั้งครรภ์การเตือนตนเอง การจัดการตนเองของสตรีตั้งครรภ์เพื่อการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามคิดอนุกรมวิธานของบลูม ที่เน้นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาจัดกิจกรรมการเรียนการสอน พัฒนาการเรียนรู้จากจาก Lower Order Thinking Skills: LOTS (ทักษะการคิดขั้นต่ำ) ไปยัง Higher Order Thinking Skills :HOTS (ทักษะการคิดขั้นสูง)[24]

3) กลยุทธ์การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) กลยุทธ์การเสริมพลัง (Empowerment) เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้เพื่อการเรียนรู้และดูและสร้างเสริมสุขภาพของตน[25] เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจในระดับบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) สร้างแรงจูงใจให้สตรีตั้งครรภ์เรียนรู้ และสร้างคุณค่าของตัวเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี 2) สร้างความไว้วางใจระหว่างผู้เรียนและผู้สอน 3) เสริมพลังให้เชื่อมั่นที่จะเรียนรู้ รูปแบบกิจกรรมเสริมพลังอำนาจภายในกิจกรรมที่การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคล และกลุ่มต่าง ๆ สามารถแสดงออกซึ่งความต้องการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

ตัวอย่างแผนการจัดกิจกรรมการจัดเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

เป็นชุดฝึกอบรมเน้นการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ ด้วยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลและการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

กระบวนการ	สมรรถนะ	สื่อและอุปกรณ์
1.ขั้นเตรียม -สร้างสัมพันธภาพ -กิจกรรมละลายพฤติกรรม -กิจกรรมเตรียมความพร้อมสู่การเรียนรู้เพื่อการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง	การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การกำกับตนเอง	-อุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือที่เชื่อมต่ออินเตอร์เน็ต ใบงาน 1 คำมั่นสัญญา เป้าหมาย แผนการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด ใบงาน 2 ทำความรู้จักตนเอง เราคือใคร กำลังประสบปัญหาสุขภาพอะไร และเราต้องการอะไร เราต้องทำอย่างไรให้สุขภาพดี
2.ขั้นกิจกรรม ตามแผนกิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลเน้นฝึกทักษะกลวิธีส่งเสริมสุขภาพจาก(ทักษะการคิดขั้นต่ำไปยังสูง) /รูปแบบ เกมส์ ใบงาน อภิปรายกลุ่ม เป็นต้น		-คู่มือการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใบความรู้ที่1 “ข้อมูลสำหรับภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์”“การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพ” ใบความรู้ 1 หลักการอ่าน และตีความ ตัวเลขจากกราฟ ใบความรู้ 2 “คำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้บ่อย หรือควรรู้” ใบงาน 1 คำค้นหา/ผลลัพธ์หรือจำนวน website ที่เกี่ยวกับข้อมูล ใบงาน 2 แบบฝึกหัดการอ่าน และตีความภาพ กราฟ ใบงาน 3 การพิจารณาแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ใบงาน 4 นำข้อมูลมาสรุปวางแผนการปฏิบัติ -สร้าง Line Official account กลุ่มครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
กิจกรรมพัฒนาความสามารถ/ทักษะ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการเพื่อการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ การระบุคำค้น ทักษะการเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (access)	
กิจกรรมพัฒนาความสามารถ/ทักษะ ในการอ่านข้อมูลที่สืบค้นมา กราฟ ตัวเลข งานวิจัย คำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	2) ฝึกทักษะการเข้าใจ (understand)	
กิจกรรมพัฒนาความสามารถ/ทักษะ ในการร่วมกันประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลที่สืบค้นมา ว่ามีความน่าเชื่อถือหรือไม่	3) ทักษะการสื่อสาร (communication	
กิจกรรมพัฒนาความสามารถ/ทักษะ ในการคิดวิเคราะห์ แยกแยะ ฝึกทักษะการตัดสินใจ นำข้อมูลมาสรุปได้มาเรียบเรียงใจความสำคัญใหม่เพื่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน	4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)	
กิจกรรมพัฒนาความสามารถ/ทักษะ ในการนำข้อมูลด้านสุขภาพมาวางแผนปรับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมกิจวัตรประจำวันของตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและนำอุปสรรคมาวางแผนปรับปรุงได้อย่างเหมาะสม	5) ทักษะการนำไปใช้ (Apply)	
3.ขั้นจบ -ร่วมกันสรุปบทเรียนที่ได้เรียนรู้ -สะท้อนคิด -ใช้แอปพลิเคชั่นไลน์มาเป็นสื่อกลางในการเสริมพลังอำนาจจากกลุ่มและผู้สอน	การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การกำกับตนเอง	-แบบบันทึกการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ และ การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด -สร้าง Line Official account กลุ่มครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากกลยุทธ์การจัดการเรียนรู้ทั้ง 3 แนวทางที่นำเสนอข้างต้นผู้เขียนเห็นว่าเป็นการนำแนวคิด ทฤษฎีทั้ง 3 แนวคิดมาผสมผสานองค์ความรู้และพัฒนาเป็นแนวทางการจัดการเรียนแนวรู้ใหม่ เพื่อนำไปในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล กล่าวคือ 1) กลยุทธ์การเรียนรู้โดยการกำกับตนเอง มีจุดเน้นที่การกระทำและกระบวนการที่มุ่งให้ตนเองมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น โดยเป็นไปตามวิธีการ เป้าหมาย และการรับรู้ที่ผู้เรียนเป็นผู้กำหนดและรับรู้ด้วยตนเอง 2) กลยุทธ์ 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามคิดอนุกรมวิธานของบลูม เน้นทักษะจำเป็นที่สตรีตั้งครรภ์ต้องพัฒนาเพื่อการเข้าถึง สร้างความเข้าใจ รู้จักการสื่อสาร ทำให้สามารถตัดสินใจ และนำข้อมูลแนวทางปฏิบัติไปใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง และ 3) กลยุทธ์การเสริมพลังอำนาจ เน้นการดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนมาใช้ในการเรียนรู้หรือการทำตามเป้าหมาย จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า 3 กลยุทธ์สามารถนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ ดังเช่นการศึกษา[26] โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลร่วมกับการกำกับตนเองและการเสริมพลังอำนาจมาใช้การป้องกันโรคโรคโรคไวรัสในสตรีตั้งครรภ์พบว่าโปรแกรมสามารถปรับพฤติกรรมในการป้องกันโคโรนาไวรัสได้ และได้การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์ใช้โมบายแอปพลิเคชั่นร่วมกับการจัดการตนเองและการเสริมพลังอำนาจพบว่าโมบายแอปพลิเคชันมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้สตรีตั้งครรภ์โดยช่วยเพิ่มการเข้าถึง เข้าใจ และการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้[27]

บทสรุป

กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์เป็นการผสมผสานแนวคิดและหลักการที่น่าสนใจและครบองค์ประกอบการการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีปัญญาสังคมของแบนดูราเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนสุขภาพของตนเองอย่างมีระบบและมีความพร้อมในการเรียนรู้ที่เน้นความเข้าใจตนเองและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในยุคดิจิทัล แนวทางการจัดการเรียนรู้นี้นำเอาหลักการการเรียนรู้โดยการกำกับตนเอง กลยุทธ์ 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามคิดอนุกรมวิธานของบลูมและการเสริมพลังมาผสมผสานกันเน้นให้สตรีตั้งครรภ์สามารถควบคุมกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง รวมถึงการปรับปรุงทักษะด้านความรู้ในสุขภาพ และเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง เน้นทักษะความสามารถการใช้เทคโนโลยีควบคู่ไปกับการสร้างพลังอำนาจเพื่อคงไว้ในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำกลยุทธ์เหล่านี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

References

1. Roma W, Kloyiam S. Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above,2019. Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
2. Downe S, Finlayson K, Tunçalp O, Metin Gülmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology,2016;123(4):529-39.
3. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. The 2nd national reproductive health development policy and strategy (2017-2026) on the promotion of quality birth and growth. Bureau of Reproductive Health. (in Thai)
4. The National Strategy Committee. National Strategy 2018–2037. Office of the National Economic and Social Development Board. 2019. (in Thai)
5. National Research Council of Thailand. 20-year national research strategy and integrated research system reform plan of the country. Nonthaburi: Ministry of public health. 2016. (in Thai)

6. Waraphok S, Ameporn R, Limruangrong P. Factors influencing maternal literacy in pregnant women. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020; 35(1):86-98. (in Thai)
7. Nuampa S, Tangsuksan P, Chunpia C, Wanasathit W. Experiences of Antenatal Care Attendance and Health Information Seeking among Working Pregnancy in the Large Industry: Descriptive Qualitative Study. Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(4):44-61. (in Thai)
8. Lagan BM, Sinclair M, George Kernohan W. Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey. Birth. 2010 ;37(2), 106-15.
9. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, & Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. Bio Medical Central Public Health. 2012; 12(80):1-13.
10. Pengchan W. Health literacy. In the document health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
11. Rodger D, Skuse A, Wilmore M, Humphreys S, Dalton J, Flabouris M, Clifton VL. Pregnant women's use of information and communications technologies to access pregnancy-related health information in South Australia. Australian journal of primary health. 2019; 25(1):50-5.
12. Office of the National Digital Economy and Society Commission Ministry of Digital Economy and Society. Digital competence framework for Thai Citizens. 2018. (in Thai)
13. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (). Ministry of Public Health Age Group Action Plan 2020-2022. 1st printing. Bangkok: Public Health Administration Division; 2020. (in Thai)
14. Pengchan W. Health literacy. In the document health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
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. Norman CD, Skinner HA.). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. Journal of Medical Internet Research. 2006; 8(2):e9.
17. Jitjaiyen A, Roojanavech S, Nimit-arnun N. The Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Preventive Health Behavior of Prediabetes Type 2 in a Community in Samut Sakhon Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1):321-30.(in Thai)
18. Wayo W, Kadsanit K, Konyai J, Chanhuana S, Phromboot R, Zahuang V. The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Prevention Behavior of Hypertension among Community–Dwelling Older Adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1):43-52. (in Thai)
17. Tachavijitjaru C. Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19 (Supplement):1-11. (in Thai)
19. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New York: Prentice-Hall. 1986. (in Thai)
20. Kaewdumkeiang K,Theepejurai N. Health Literacy. Bangkok: New Thammada Printing House; 2011. (in Thai)

22. Norman CD, & Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. Journal Medical Internet Research. 2006; 8(2):e9.
23. Nutbeam D. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science and Medicine. 2008; 67(12): 2072-8.
24. Anderson LW, et. A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Pearson, Allyn & Bacon; 2001.
25. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 1991;16(3): 354-61
26. Jafree SR, Bukhari N, Muzamill A, et al. Digital health literacy intervention to support maternal, child and family health in primary healthcare settings of Pakistan during the age of coronavirus: study protocol for a randomised controlled trial. British Medical Journal Open 2021;11:e045163.
27. Suwanampa T, Purksametanan T. Effects of a Mobile Application-Based Health Education Program on Health Literacy in Pregnant Women. The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2023;38(01):98-111.(in Thai)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Nurse's Role in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome

สุทัศน์ ศุภนาม*
Suthat Supanam*
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก ประเทศไทย 26120
Faculty of Nursing, St.Theresa International College, Nakhonnayok, Thailand, 26120

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตรุนแรง (Life threatening) ที่เกิดจากความผิดปกติบริเวณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบแคบ อุดตัน หรือปริแตก ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ได้อย่างเพียงพอ ส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สามารถพบได้ในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตั้งแต่ระยะวิกฤตจนเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ พยาบาลมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองภายหลังการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดโอกาสการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, การพยาบาล, คำแนะนำ

Abstract

Acute Coronary Syndrome (ACS) refers to a life-threatening concern caused by anomalies in the blood vessels that supply the heart muscle. This leads to narrowing, blockage, or rupture, resulting in insufficient blood flow to the heart muscle and eventually ACS and myocardial infarction. Acute coronary syndrome is the most occurs in males more than females who are 20 years old and above and have co-morbidity including inappropriate healthcare behaviors that cause acute coronary syndrome. Therefore, nurses play a significant role in caring for patients with acute coronary syndrome starting from crisis until the rehabilitation period. The role of nurses was identified in changing patient behavior after having acute coronary syndrome and supporting the patient's family participation in patient care for patients to change their self-management behaviors after acute coronary syndrome to be correct, help them to achieve a better quality of life, and suitable to reduce the risk of recurrence and re-hospitalization.

Keyword: Acute Coronary Syndrome, Nursing care, Advice

Corresponding Author: *E-mail: Suthat.supanam@gmail.com

วันที่รับ (received) 26 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ต.ค. 2566

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome [ACS]) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์อัตราการเกิดและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2573 และมีอัตราการตายสูงถึง 26 ล้านคน[1] สำหรับสถานการณ์สถิติการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วย 426.44 428.23 456.62 466.34 และ 514.13 คนต่อแสนประชากร และมีอัตราการเสียชีวิต 32.4 คนต่อแสนประชากรหรือประมาณ 19,862 คนต่อปี จากสถิติข้างต้นพบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี ทำให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรกำลังคนในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 7,000 ล้านบาทต่อปี[2]

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีหลายวิธี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาแบบเร่งด่วน (Fast tract) เพื่อเปิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็ว (Revascularization) เพื่อให้หลอดเลือดขยายและปริมาณเลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นและฟื้นคืนสภาพได้ทันเวลา โดยการรักษาด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention [PCI]) เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ แต่อย่างไรก็ตามภายหลังการรักษา ผู้ป่วยยังคงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาขยายหลอดเลือด ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และยาป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เพื่อทำให้หัวใจทำงานดีขึ้นและกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3-4]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีโอกาสเกิดการกำเริบของโรคที่รุนแรงมี 2 ประเภท คือ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และ 2) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การไม่ออกกำลังกาย และภาวะเครียด ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บทความนี้ มีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยการลดปัจจัยชักนำที่มีโอกาสทำให้โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรุนแรงมากขึ้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อคงสภาวะของสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เฝ้าระวังและติดตามอาการของตนเอง และมีทักษะในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในอนาคตได้[5,6]

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome [ACS])

ความหมาย โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ โรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหัวใจที่บ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน มีสาเหตุสำคัญเกิดจากการปริแตกของคราบไขมันที่สะสมในหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ส่งผลทำให้เลือดไม่สามารถไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ และหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลทำให้เกิดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้[6]

ชนิดของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 ลักษณะจากการวินิจฉัยโดยใช้การตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นหลัก[7]

1) ST elevation ACS (STE-ACS) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 Lead ที่ต่อเนื่องกัน และพบ Cardiac biomarkers เพิ่มสูงขึ้น 2) Non ST elevation ACS (NSTE-ACS) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion และพบ Cardiac biomarkers เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Q-wave และ 3) Unstable angina [UA] เป็นกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นในขณะพักหรือหัวใจทำงานหนัก เช่น มีภาวะเครียด นอนหลับไม่เพียงพอ หรือมีอาการขณะ

ออกกำลังกาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST segment elevation แต่มี ST segment depression หรือ T wave inversion และ Cardiac biomarkers มีระดับปกติ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (Risk factor)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factors) มีดังนี้

1.1) เพศและอายุ พบว่า เพศชายอายุ 35-45 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า[1] เพศชายจะมีอายุน้อยกว่า 40 ปี และเพศหญิงพบได้ในช่วงอายุ 60-70 ปี เนื่องด้วยเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แต่ในปัจจุบันสามารถพบได้ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้น จากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมและวิถีชีวิตต่างจากเดิม[8]

1.2) พันธุกรรม พบว่า ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเกิดโรค มีโอกาสที่จะเกิดโรคนี้ได้ตั้งแต่อายุยังน้อยมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมในครอบครัว (เพศชายอายุน้อยกว่า 55 ปี และเพศหญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี) ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมจึงมีความสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[9]

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ (Modifiable risk factors) มีดังนี้

2.1) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เกิดจากหลอดเลือดแดงเสื่อมทั่วร่างกาย ทำให้การเผาผลาญไขมันในเลือดผิดปกติ เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดแดงโคโรนารีจึงมีการตีบแข็งได้[1, 10]

2.2) ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีผลทำให้ Endothelial cell ในผนังหลอดเลือดเกิดการฉีกขาดมากขึ้น เป็นสาเหตุการตายอย่างกะทันหันสูงถึง 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าผู้ที่มีความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท โดยเฉพาะในบุคคลที่มีค่าไดแอสโตลิกที่สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้สูงกว่าบุคคลที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ปกติ[11]

2.3) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) โดยเฉพาะไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein [LDL]) โดย LDL ที่เพิ่มขึ้น 1 mg/dl จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถึงร้อยละ 2-3 นอกจากนี้ระดับโคเลสเตอรอลที่มากกว่า 200 mg/dl และระดับไตรกลีเซอไรด์ที่มากกว่า 150 mg/dl เป็นปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากขึ้นได้[11]

2.4) ภาวะอ้วน (Obesity) และอ้วนลงพุง โดยเฉพาะผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยเฉพาะระดับ LDL ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้[11]

2.5) กิจกรรมทางกายน้อย (Physical inactivity) เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายและสุขภาพของหัวใจแข็งแรง หลอดเลือดหัวใจขยายตัว ช่วยเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น ช่วยลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดปริมาณไขมันเลวและลดการจับตัวของไขมันตามผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ป้องกันการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้[12,13]

2.6) การสูบบุหรี่ (Smoking) มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ยิ่งสูบบุหรี่นานหรือสูบบุหรี่วันละ 1 ซองขึ้นไป มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ถึง 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโครตินในบุหรี่กระตุ้นสมองและต่อมหมวกไตให้มีการหลั่งสาร ได้แก่ Noradrenaline, Dopamine, Serotonin ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ทั้งนี้ยังทำให้ LDL สะสมในผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารีมากขึ้น ส่งผลทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจนเกิดโรคขึ้นได้[14]

2.7) การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) ทำให้หัวใจทำงานหนัก การบีบตัวของหัวใจเร็วและแรงขึ้น มีการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณของ LDL เพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้[1,8]

2.8) ภาวะเครียดและบุคลิกภาพแบบ A (Stress and personality type A) บุคคลที่มีอารมณ์โกรธ วิตกกังวล หงุดหงิด โมโห และภาวะเครียดทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ชอบแข่งขัน อารมณ์รุนแรง ใจร้อน ก้าวร้าว และเข้มงวดตลอดเวลา จะทำให้ร่างกายหลั่งสารแคททีโคลามีนมากขึ้น กระตุ้นการทำงานของระบบ

ประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้[15]

พยาธิสรีรวิทยา โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีสาเหตุจากพยาธิสภาพการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็ง (Development of atherosclerosis) จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน โดยเซลล์เยื่อบุชั้นในมีการทำหน้าที่เปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งมีขั้นตอนการเกิดต่อเนื่องกัน แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้[16]

ระยะที่ 1 Fatty streak จะมีลักษณะคราบไขมันสีเหลือง พบได้ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงวัยสูงอายุ คราบไขมันนี้ประกอบด้วย Macrophage และ Smooth muscle cells มีการก่อตัวสะสมในผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง ซึ่งไม่มีผลทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงัก ผู้ป่วยจึงไม่มีอาการแสดงให้เห็นชัดเจน

ระยะที่ 2 Fibrous plaque หรือ Mature plaque จะมีการก่อตัวของคราบไขมันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระยะนี้จะมี Extracellular lipid core แทรกใน Smooth muscle cell, Macrophage และ Form cell พอกทับ Fatty streak กลายเป็น Plaque ที่มีลักษณะเป็นปื้นไขมันสีเหลืองเทาพอกติดเยื่อบุผิวชั้นในหลอดเลือดแดง ซึ่ง Fibrous plaque นี้ประกอบด้วย Collagen และ Smooth muscle cells กระตุ้นให้หลั่งสาร Fibrin, Fibrinogen, Albumin, White blood cell, Calcium และ Lipoprotein

ระยะที่ 3 Ruptured plaque หรือ Complicated plaque เป็นระยะที่มีการฉีกขาดหรือปริแตกของ Plaque กระตุ้นเกล็ดเลือด Glycoprotein llb/llla receptor (GP llb/llla) ไปจับกับ Fibrinogen ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดกลายเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เป็นสาเหตุนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทั้ง 3 ลักษณะ คือ UA, NSTEMI และ STEMI ซึ่งระดับความรุนแรงขึ้นกับชนิดของลิ่มเลือดที่อุดตันภายในหลอดเลือดหัวใจ โดยปกติร่างกายมีกลไกในการจัดการภาวะลิ่มเลือด โดยทำให้เกิด fibrinolysis เพื่อเปิดเส้นเลือดทำให้ลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ถูกสลายไป ในกรณีที่ลิ่มเลือดอุดตันไม่สมบูรณ์ แต่ขนาดของหลอดเลือดเล็กลง เกิดการขัดขวางการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ส่วนในกรณีเกิดลิ่มเลือดอุดตันสมบูรณ์ จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย ภาวะช็อกและเสียชีวิตกะทันหันได้

อาการและอาการแสดง ภาวะเจ็บหน้าอก เป็นอาการที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีภาวะเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้มีอาการนำอื่นๆที่สำคัญ 5 อาการ[3] ได้แก่ 1) กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก 2) เหนื่อยง่ายขณะออกแรง 3) ภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง 4) ภาวะความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน และ 5) หมดสติหรือภาวะหัวใจหยุดเต้น

การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่สำคัญ คือ การซักประวัติอาการเจ็บหน้าอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเจาะเลือดดูค่าเอนไซม์การทำงานของหัวใจ การตรวจสมรรถภาพของหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย และการสวนหัวใจ[17]

1. การซักประวัติอาการเจ็บหน้าอกมีลักษณะสำคัญ ได้แก่ อาการไม่สุขสบายหรือปวดแน่นหน้าอก เหมือนถูกบีบกดหรือรัดแน่นบริเวณหน้าอก ร้าวไปแขน หลังคอ ขากรรไกร หายใจไม่ออก เหงื่อออก คลื่นไส้ อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นนานกว่า 15-20 นาที อาการไม่ดีขึ้นแม้นอนพักหรืออมยาไนโตรกลีเซอรีน หากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นบริเวณกว้าง ผู้ป่วยจะมีเหงื่อออกมาก ซีด หัวใจเต้นเร็ว ผิวเย็น ฟังหัวใจได้ยินเสียง S3 หรือ S4 gallop หรือพบว่ามีความดันโลหิตต่ำมาก ซึ่งปัจจัยกระตุ้นก่อนเกิดอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ ออกกำลังกายอย่างหนัก ออกแรงทำกิจกรรมมาก และภาวะเครียด ซึ่งอาการมักปรากฏชัดเจนในช่วงหลังตื่นนอนตอนเช้าเป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง

2. การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่สำคัญ ได้แก่ ST Segment ยกขึ้นหรือลดลง หรือ Q-Wave และ T-wave ผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มี ST segment ยกขึ้น แสดงถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ หากได้รับการแก้ไขเปิดหลอดเลือดได้ ST segment จะกลับสู่ภาวะปกติ แต่หากมีการอุดตันของหลอดเลือดอยู่นานจะมี Q-Wave ปรากฏขึ้น แสดงว่ามีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นทั้ง 3 ชั้น (Endocardium, Myocardium และ Pericardium) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ส่วนในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI พบว่า ST Segment ลดลง หรือ T-wave หัวกลับ หรือสามารถพบได้

ทั้งสองอย่างร่วมกัน นอกจากนี้คลื่นไฟฟ้าหัวใจสามารถบอกตำแหน่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจตามตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลง ST segment, Q-Wave และ T-wave ได้

3. การเจาะเลือดดูค่า Cardiac biomarkers ที่บอกถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีหลายชนิด ได้แก่ 3.1) Myoglobin เอนไซม์ชนิดนี้พบได้เร็วกว่า Troponin-T และ Creatinine kinase ตรวจพบได้ใน 2 ชั่วโมง และยังคงสูงขึ้นอย่างน้อย 7-12 ชั่วโมง ภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3.2) Troponin-I (มากกว่า 1.5 นาโนกรัม/มิลลิลิตร) และ Troponin-T (มากกว่า 0.1 นาโนกรัม/มิลลิลิตร) มีความไวและความจำเพาะสูงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตรวจพบได้ใน 4 - 6 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นสูงสุดใน 12-24 ชั่วโมง ภายหลังเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และพบได้ใน 7-10 วัน ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ 3.3) Creatinine kinase MB (CK-MB) จะมีค่าสูงขึ้นใน 4 - 8 ชั่วโมง และจะเพิ่มสูงสุดใน 24 ชั่วโมงภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังจากนั้นจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

4. การตรวจด้วยการสร้างภาพหัวใจ (Cardiac imaging) ได้แก่ 4.1) การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (Echocardiography) เพื่อประเมินความผิดปกติการเคลื่อนไหวผนังห้องหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยง สภาพลิ้นหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว ลิ้นหัวใจตีบ และสามารถประเมินการบีบตัวของหัวใจ และใช้ในการพยากรณ์โรคได้[18] 4.2) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหัวใจ (Cardiac magnetic resonance) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ Ventricular function และกายวิภาคของหลอดเลือดหัวใจ ใช้ประเมินตำแหน่งหัวใจที่ขาดเลือดทั้งระยะแรกหรือระยะหลัง เพื่อแยกสภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่าเกิดขึ้นใหม่หรือเกิดขึ้นมานานแล้ว[11] และ 4.3) การตรวจสมรรถนะหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise stress test) เป็นการตรวจที่ใช้วินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะออกกำลังกาย ช่วยให้แพทย์ตรวจพบการตอบสนองที่ผิดปกติ เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก การเต้นของหัวใจผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้[3]

5. การสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) เป็นการตรวจเพื่อประเมินความรุนแรงของรอยโรคที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย ความพิการของหัวใจ การวัดความดันของห้องหัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และระดับออกซิเจนของหัวใจ โดยการใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือดแดง femoral artery หรือ radial artery โดยการฉีดสารทึบแสงผ่านเข้าไปในหลอดเลือดขณะทำการสวนหัวใจ และถ่ายภาพรังสีไว้ เพื่อประเมินการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจ เป็นการตรวจเพื่อประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บเพื่อตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและลักษณะของหลอดเลือดหัวใจ[3]

ผลกระทบ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้านดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย[17, 18, 19] ประกอบด้วย

1.1) อาการเจ็บหน้าอก เป็นผลกระทบที่สำคัญและรุนแรงที่เกิดขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณหน้าอก มีอาการเจ็บ แน่น อึดอัดคล้ายมีของหนักมากดทับหรือถูกบีบรัดที่หัวใจ อาการเหล่านี้อาจร้าวไปกราม ไหล่และแขนขวาได้ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ร่างกายจึงมีการหลั่งสาร Bradykinin และ Kinin ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดได้ หากให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทันเวลา อาจส่งผลทำให้การทำงานของหัวใจล้มเหลว และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้

1.2) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบายจากภาวะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความเจ็บปวดของอาการเจ็บหน้าอกยังเกิดขึ้นเป็นระยะ ส่งผลให้การนอนหลับแปรปรวน ระยะเวลาในการนอนหลับน้อยลง กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้

1.3) ความเหนื่อยล้า เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าระดับรุนแรง เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลา 6-12 ชั่วโมง มักเกิดในเวลากลางคืน และคงอยู่นานถึง 2 เดือนหลังเกิดโรค อาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยมีการใช้พลังงานมากขึ้นและดึงพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย หมดแรง เหนื่อย ง่วงซึม ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และภาวะปอดแฟบ ตามมาได้

1.4) สติปัญญาและการรับรู้เปลี่ยนแปลง จากภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจน ที่สำคัญ คือ

สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมีอาการสับสน ความจำ การรู้คิด และการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง อีกทั้งการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ช้าลง

2. ผลกระทบด้านจิตใจ[12, 19, 20]

2.1) ภาวะเครียด ภายหลังการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นผลกระทบด้านจิตใจที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและหวาดวิตกอย่างมาก กลัวการกำเริบซ้ำของโรครุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกะทันหัน โดยความเครียดจะเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรก พบมากที่สุดในช่วง 7 วันภายหลังเกิดโรค คะแนนประเมินภาวะเครียดอยู่ในระดับสูง และภาวะเครียดนี้จะยังคงอยู่ถึง 42 เดือน

2.2) ความวิตกกังวล ในภาวะวิกฤติหรือในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และกลัวความตายเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่พบได้บ่อย พบได้ในระยะ 12 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก และความวิตกกังวลค่อยๆ ลดลงภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 1 สัปดาห์ และยังคงเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 1 ปี ภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.3) อาการซึมเศร้า เป็นอาการที่พบได้บ่อย จะแสดงออกมาให้เห็นในรูปของความรู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ สิ้นหวัง การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้างลดลง เกิดความท้อแท้ใจ ความกดดันทางอารมณ์สูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงจากภาวการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้วยภาวะดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ มีการหลั่งสารแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และอาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายตามมาได้

3. ผลกระทบด้านสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีการลดลงของสมรรถภาพทางกาย จากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อของหัวใจลดลง และเกิดอาการต่างๆ เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรมมากขึ้น และผู้ป่วยต้องลดบทบาทหน้าที่ในสังคมลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ

4. ด้านเศรษฐกิจและครอบครัว จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทางเป็นจำนวนมาก รวมต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคมากขึ้น เพื่อให้ภาวะของโรคสงบลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยบางรายต้องเปลี่ยนแปลงอาชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จนเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามมา

แนวทางการรักษา จุดมุ่งหมายการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้กำหนดไว้[3] มีดังนี้

1. เพื่อลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อป้องกันและลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจ

3. เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรคซ้ำด้วยการพักลดภาวะเครียด ควบคุมความดันโลหิต จัดการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการขยายตัวของหลอดเลือด

4. ส่งเสริมการฟื้นหายของหัวใจและชะลอการเกิดโรค ซึ่งโดยทั่วไปมีแนวทางการรักษา 3 วิธี คือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ และการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีรายละเอียดดังนี้

4.1 การรักษาด้วยยาในผู้ป่วย STEMI ที่มีอาการภายในระยะเวลา 12 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ดีที่สุดคือ ภายใน 3 ชั่วโมง และกำหนดตัวชี้วัดการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time) ไม่เกิน 30 นาที ภายหลังผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยม ได้แก่ Streptokinase และ Recombinant tissue plasminogen activator [rt-PA] เป็นยาที่ช่วยสลายลิ่มเลือด ทำให้เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ยังมียาขยายหลอดเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) เป็นยาที่ช่วยลดความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนเพียงพอ ควบคุมและป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้[12]

4.2 การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention [PCI]) เป็น

การสอดสายสวนผ่านท่อนำทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือด Radial artery หรือ Femoral artery เพื่อถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว (Reperfusion therapy) โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีด้วยบอลลูนและ/หรือร่วมกับการใส่ขดลวด (Stent) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตการกลับเป็นซ้ำ และลดอาการเจ็บหน้าอก[7, 12]

4.3 การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการเปลี่ยนเส้นทางการไหลเวียนเลือดผ่านหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการอุดตัน นิยมทำในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกเรื้อรังที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ และรักษาด้วยการทำ PCI แล้วไม่ดีขึ้น การรักษาวิธีนี้ส่วนใหญ่จะพิจารณาทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 ของเส้นผ่าศูนย์กลางและมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นรุนแรงร่วมกับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 50 (LVEF < 50%) หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 2 เส้นร่วมกับมีการตีบแคบในส่วนต้นของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงบริเวณห้องหัวใจซ้ายด้านหน้า (Left anterior descending [LAD]) และมีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติหรือในผู้ป่วยเบาหวาน[3]

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนได้ทันเวลา ช่วยเปิดขยายหลอดเลือด ทำให้ปริมาณเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง และที่สำคัญ คือ ลดการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นกะทันหันได้ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤตตามปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอธิบายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้[16, 19, 21, 22]

1. เพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอกและเพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ ให้การช่วยเหลือดังนี้

1.1) ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเฝ้าระวังอาการที่แสดงถึงภาวะช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Cardiogenic shock) เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัว ลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ 1.2) ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอกตามหลัก PQRST เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา 1.3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดเป็น ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืนยา และยา Clopidogrel (75) 4 tab oral stat 1.4) ประเมินผู้ป่วยภายหลังได้รับยา พร้อมลงบันทึกการตอบสนองของยาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา 1.5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน mask with bag 6-10 ลิตร/นาที 1.6) ดูแลจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น และมีออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น 1.7) สังเกตติดตามและสอบถามอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นระยะ เพื่อประเมินผลภายหลังได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 1.8) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียง และดูแลช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความต้องการในการใช้ออกซิเจนของร่างกาย และ 1.9) หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากขึ้น ให้รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา

2. เพื่อให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถส่งเลี้ยงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ให้การช่วยเหลือดังนี้

2.1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการหน้ามืดใจสั่น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น เพื่อประเมินภาวะ Cardiogenic shock 2.2) ตรวจวัดสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวอย่างสม่ำเสมอ จนกว่าอาการจะคงที่ และประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที โดยการสอบถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก สังเกตอาการหายใจเหนื่อยและหายใจลำบาก 2.3) ประเมินความเสี่ยงก่อนและหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน mask with bag 6-10 ลิตร/นาที 2.5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Dopamine หรือ Dobutamine ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.6) สังเกตและบันทึกปริมาณของปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml./kg/hr ให้รีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที และ 2.7) ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดและยาละลายลิ่มเลือด พร้อมทั้งเตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต

รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันเวลา

3. เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ให้การช่วยเหลือดังนี้

3.1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ พร้อมทั้งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกาย 3.2) ประเมินระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่อง ในขณะได้รับยาและภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง 3.3) ประเมินจุดจ้ำเลือดตามร่างกายในขณะได้รับยาและภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา 3.4) ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว เพื่อเฝ้าระวังและติดตามภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำจากการมีภาวะเลือดออกในร่างกาย 3.5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase ขนาด 1.5 ล้านยูนิต ในเวลา 60 นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์ และ 3.6) ติดตามภาวะเลือดออกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด ผื่นตามตัว อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ปวดศีรษะ และหนาวสั่น เป็นต้น

4. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้การช่วยเหลือดังนี้

4.1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล 4.2) อธิบายข้อมูล สภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาของแพทย์และการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ 4.3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อมูล แนวทางการรักษาของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกคับข้องใจ และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ 4.4) คอยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจและตรวจเยี่ยมอาการอยู่เสมอ และ 4.5) ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลการรักษา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลลง

5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และป้องกันการกำเริบซ้ำรุนแรงภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้การช่วยเหลือดังนี้

5.1) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูลการดูแลสุขภาพของตนเอง 5.2) พูดคุยสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหาสุขภาพในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่องหรือยังไม่เข้าใจ และสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยดูแลตนเองมากขึ้น 5.3) อธิบายและให้คำแนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นที่คุกคามชีวิต และอาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคซ้ำได้ 5.4) เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดระดับไขมันในเลือดอย่างต่อเนื่อง และไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ 5.5) แนะนำให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ อย่างเพียงพอ 5.6) แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความสามารถอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การแกว่งแขน เป็นต้น เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจภายหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ 5.7) ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณการรับประทานอาหาร งดอาหารทอด อาหารมันที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการกำเริบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำรุนแรงได้

อย่างไรก็ตาม บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติทางคลินิก โดยการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤตจนเข้าสู่ระยะของการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีการฝึกทักษะที่จำเป็นจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้

ดังนั้นพยาบาลนอกจากต้องมีความรู้ มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอย่างดีแล้ว พยาบาลต้องมีทักษะในการรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผลข้อมูล ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตจนเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะใช้ในการตัดสินใจให้ การพยาบาลและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่สำคัญคือภายหลังการรักษา พยาบาลต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในตนเอง เพื่อลดโอกาสการเกิดการกำเริบของโรคที่รุนแรง และลดโอกาสการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลได้

สรุป

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังคงมีโอกาสเกิดการกำเริบของโรคที่รุนแรงได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้ควรให้การพยาบาลแบบองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังเกิดโรคด้วย

References

1. World Health Organization. World health statistic of cardiovascular disease. Monitoring health for the Sustainable Development Goals. 2020;7(16):109-12.
2. Strategic and Planning Division Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public health statistic. Journal of The ministry of Public Health. 2021;32(3):10-23. (In Thai)
3. The Heart Association of Thailand under The Royal Patronage of H.M. The King. Thai chronic coronary syndrome guideline. 2nd ed. Cositchaipat J, editor. Bangkok: Next step designs; 2021. (In Thai)
4. American Heart Association. Guildeline for the management of patient with acute coronary syndrome. Journal of American College of Cardiology. 2020;25(3):128-43.
5. Di L, Niccoli G, Porto I, Vergallo R, Gatto L, Prati F, et al. Recurrent acute coronary syndrome and mechanisms of plaque instability. International Journal of Cardiology. 2017; 243:98-102.
6. Bueno H, Martin R. Long-term Cardiovascular Risk After Acute Coronary Syndrome, An Ongoing Challenge. Revista Espanola de Cardiology. 2016;69(1):1-2.
7. Supanam S, Liangchawengwong S, Piyayotai D. The factors predicting post-hospital discharge chest pain status among acute coronary syndrome patients during the first year. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2):283-92. (in Thai)
8. European Society of Cardiology. The pathophysiology of acute coronary syndromes. Annals of Translational Medicine. 2020;3(14):271-3.
9. American Heart Association. Symptom and diagnosis of acute coronary syndrome. Annals of Translational Medicine. 2020;8(14):252-6
10. American Heart Association. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. Annals of Translational Medicine. 2020;7(14):272-6.
11. Wright EA, Steinhubl SR, Jones JB, Barua P, Yan X, Van LR, et al. Medication burden in patients with acute coronary syndromes. American Journal Managed Care. 2017;23(4):106-12.
12. Division of Non-communicable diseasas. Non-communicable diseasas statistic. (2021). (in Thai)
13. Donna S, Workman Y. Prevention of cardiovascular disease in adults. Journal of the American College of Cardiology. 2015;38(7):1787-821.
14. Mottillo S, Filion KB, Genest J, Joseph L, Pilote L, Poirier P, et al. Metabolic syndrome and cardiovascular risk. Journal of American College of Cardiology. 2014;59(7):635-43.
15. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, Miller NH, Hubbard VS, Lee I, et al. Guidelines on lifestyle management to reduce cardiovascular risk. Journal of American College of Cardiology. 2013;63(25):2960-84.

16. Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. The Lancet. 2014;347(8999):417-21.
17. Ambrose JA, Singh M. Pathophysiology of coronary artery disease leading to acute coronary syndromes. Prime Reports. 2015; 7(8):102-5.
18. Meister RE, Weber T, Princip M, Schnyder U, Bart J, Znoj H, et al. Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction. Journal of open Heart. 2015;34(3):1-7.
19. Broecke S, Jobard O, Montalescot G, Bruyneel M, Ninane V, Arnulf I, et al. Very early screening for sleep-disordered breathing in acute coronary syndrome in patients without acute heart failure. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2014;15(12):1539-46.
20. Niakan M, Paryad E, Leili KE, Sheikholeslami F. Depressive symptoms effect on self care behavior during the first month after myocardial infarction. Journal of Psychiatric Nursing. 2015;7(4):382-91.
21. Chiaranai C, Doommai N, Chularee S. Nursing care of patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: a case study. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2023; 34(1):2-15. (In Thai)
22. Panattoni G, Monzo L, Gugliotta M, Proietti G, Tatangelo M, Jacomelli I, et al. Optimal management of patients after acute coronary syndrome. European Heart Journal Supplements. 2023;25(3):84–9.

กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย (Crisis Response System: CRS)

The Implementation Mechanism to Reduce HIV-Related Stigma and Discrimination in Thailand (Crisis Response System: CRS)

ดารินดา รอซะ* พัชรภรณ์ ภวภูตานนท์ สิริพร มนยฤทธิ์
Darinda Rosa* Patcharaporn Pavaputanon Siriporn Monyarit
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ประเทศไทย 11000
Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand 11000

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้แสดงเจตนารมณ์อย่างมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ภายในปี 2573 โดยมีเป้าหมายลดการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี และเพศสภาวะ ได้กำหนดเป้าหมายชัดเจนในการขจัดอุปสรรคทางสังคม และกฎหมายในการเข้าถึงบริการให้ลดลงไม่เกินร้อยละ 10

การพัฒนาระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะ และความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ (Crisis Response System: CRS) หรือ โปรแกรม CRS เป็นช่องทางรับเรื่องร้องเรียนการถูกละเมิดสิทธิด้านเอดส์ผ่านเว็บแอพพลิเคชั่นออนไลน์ ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีการให้บริการที่เข้าถึงได้ง่ายสามารถแจ้งเหตุได้ด้วยตนเองและจะได้รับการช่วยเหลือเป็นระบบ ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ

กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย มีการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในทุกระดับ ทุกองค์กร และครอบคลุมทุกจังหวัด (Crisis Response System) เพื่อปกป้อง คุ้มครองสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาคทางเพศภาวะ และกลุ่มประชากรหลักที่เปราะบาง ซึ่งมีกิจกรรมเชื่อมโยงกันใน 5 ขั้นตอน ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศ ตั้งแต่การรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการเรื่องร้องเรียนแบบ Real-Time

ปัจจุบันมีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายการดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนทำงานเชิงรุก ที่ผลักดันให้เกิดการช่วยเหลือเป็น Community Led Service ซึ่งมีความชำนาญเฉพาะด้านในการเข้าถึงกลุ่มประชากร

คำสำคัญ: การตีตรา, การเลือกปฏิบัติ, เอชไอวี

Abstract

Thailand has expressed its determination to end the AIDS problem (Ending AIDS) by 2030 with the goal of reducing discrimination due to HIV and gender. It has set a clear goal of eliminating social barriers. and laws to reduce access to services by no more than 10 percent.

The Crisis Response System (CRS) developing a system for receiving complaints and protecting rights violations regarding AIDS, gender, and being a population vulnerable to discrimination (Crisis Response System: CRS) or a program CRS is a channel for receiving complaints about AIDS rights violations through an online web application.

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

วันที่รับ (received) 4 ต..ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 21 ธ.ค. 2566

The Crisis Response System (CRS) uses technology to provide services that are easily accessible and allow people to report incidents themselves. and will receive systematic, timely and efficient assistance Mechanisms driving action to reduce HIV-related stigma and discrimination in Thailand There is development of the potential of multidisciplinary teams at every level, every organization, and covering every province (Crisis Response System) to protect and protect human rights. gender equality and key vulnerable populations which has activities linked in 5 steps related to various agencies in the country, starting from receiving complaints and managing complaints in Real-Time.

Currently, there is the development of the potential of the network to handle complaints and work proactively. What drives assistance is Community Led Service, which has specific expertise in reaching the population.

Keywords: Stigma, Discrimination, HIV

บทนำ

ประเทศไทยได้แสดงเจตนารมณ์อย่างมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ภายในปี 2573 โดยมีเป้าหมายศูนย์ที่สาม คือ ลดการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวีและเพศสภาวะ ซึ่งยุทธศาสตร์เอดส์โลก ปี พ.ศ. 2564–2569 เรื่องของการลดความเหลื่อมล้ำ : ยุติปัญหาเอดส์ โดยเราจะเน้นผู้มีเอชไอวีและชุมชนที่มีความเสี่ยงเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการยุติปัญหาภายในปี พ.ศ. 2573 กำหนดเป้าหมาย คือ การมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ[1] ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 3 ยุทธศาสตร์ หนึ่งในยุทธศาสตร์นั้น คือ การขจัดอุปสรรคที่มีต่อการบรรลุผลสัมฤทธิ์ด้านเอชไอวี กำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจนในการขจัดอุปสรรคทางสังคมและกฎหมายในการเข้าถึงบริการให้ลดลงไม่เกินร้อยละ 10[2]

มียุทธศาสตร์หลัก 6 ยุทธศาสตร์ หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการยุติปัญหาเอดส์ยุทธศาสตร์ 4 คือ ปรับภาพลักษณ์ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิต่าง ๆ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน และการเลือกปฏิบัติอันเนื่องจากเอชไอวีทุกรูปแบบ[3] โดยอยู่บนหลักการพื้นฐาน 3 ประการคือ 1) การสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และไม่มีประชากรใดถูกละเลย 2) การเคารพ ปกป้อง คุ้มครอง สิทธิมนุษยชน และความเสมอภาคทางเพศ 3) การเป็นเจ้าของ และร่วมรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ซึ่งกลไกคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะ มีกรอบการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเพื่อยุติปัญหาเอดส์ มีมาตราการสร้างความเข้าใจเรื่องการตีตรา เพื่อไม่มีการเลือกปฏิบัติ และดูแลคุ้มครองสิทธิ เพื่อแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิ[3]

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ได้พิจารณาและมีมติมอบหมายให้คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ โดยการสนับสนุนของ UNAIDS เพื่อจัดทำแผนและดำเนินงานจัดทำแผนปฏิบัติการและมีการดำเนินงานขจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวีทุกรูปแบบ[3] โดยการดำเนินงานใน 6 ภาคส่วน ประกอบด้วย 1) ภาคส่วนชุมชน หมู่บ้าน และครอบครัว รวมถึงชุมชนเฉพาะกลุ่ม 2) ภาคส่วนการทำงาน[4,5] 3) ภาคส่วนการดูแลสุขภาพ 4) ภาคส่วนการศึกษา 5) ภาคส่วนการยุติธรรมและกฎหมาย และ 6) ภาคการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและเพื่อมนุษยธรรม เพื่อสะท้อนสถานการณ์ในภาพประเทศ กลไกขับเคลื่อน การดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย ขยายกลไกการคุ้มครองการละเมิดสิทธิ พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในทุกระดับ ทุกองค์กร และครอบคลุมทุกจังหวัด (Crisis Response System) เป็นเครื่องมือหนึ่งในการดำเนินงาน ซึ่งได้นำร่อง 14 จังหวัด ภายใต้ความร่วมมือของเครือข่ายภาคประชาสังคมที่สมัครเข้าร่วมเป็นหน่วยงานนำร่อง 8 องค์กร[6] โดยมุ่งให้มีระบบที่ช่วยเหลือทั้งประชาชนที่ถูกละเมิดสิทธิ ช่วยเจ้าหน้าที่ผู้ให้การช่วยเหลือ และช่วยในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับนโยบาย หรือกฎหมาย ในภาพประเทศ[7]

การขยายกลไกการคุ้มครองการละเมิดสิทธิ พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในทุกระดับ ทุกองค์กร และครอบคลุม

ทุกจังหวัด (Crisis Response System) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะมีระบบและกลไกรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิ์ผ่าน Web-Based Application ชื่อ “ปกป้อง”[8] เพื่อรับเรื่องร้องเรียนเมื่อถูกละเมิดสิทธิ์ รวมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบรับเรื่องร้องเรียนอื่น ๆ ของประเทศ[9]

การยุติความเหลื่อมล้ำ เป็นหัวใจสำคัญในการรับมือและแก้ไขปัญหาเอดส์ อีกทั้งเป็นเป้าหมายหนึ่งในการนำมาซึ่งความสำเร็จในการยุติเอดส์[10] ทั้งนี้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคล องค์กร และสังคม อันจะส่งผลให้ผู้มีเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเป็นมิตรและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเท่าเทียม ซึ่งจะนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์และก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ต่อไป

การทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ การละเมิดสิทธิ์ และกลไกการขับเคลื่อนการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในระยะแรก สังคมมีความตระหนก หวาดกลัว เนื่องจากคนในสังคมยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมจึงมีความพยายามรณรงค์เพื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์อย่างแพร่หลาย โดยเน้นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น ผู้ซื้อบริการทางเพศ กลุ่มชายรักชาย และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดซึ่งใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน นอกจากนี้ ประชาชนทั่วไปยังมีทัศนคติในเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี[8] โดยมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้มีพฤติกรรมทางเพศ ไม่เหมาะสม หรือเป็นผู้ติดยาเสพติด จนทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อคือคนเลว คนไม่ดี และเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปอย่างยากลำบาก ทั้งในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาวะความเป็นอยู่ หน้าที่การงาน สถานภาพทางสังคม ถูกรังเกียจเหยียดหยาม ถูกแบ่งแยกออกจากคนในสังคม เพราะหากทราบว่าผู้ใดติดเชื้อเอชไอวี ก็มักจะแสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ยอมรับหรือถูกบีบบังคับออกจากงาน มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยตนเองต่อสังคม ไม่กล้าไปพบแพทย์เพื่อรักษาตัว และไม่กล้าขอคำปรึกษาแนะนำจาก ผู้เชี่ยวชาญ เพราะเกรงว่าจะถูกครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นายจ้างและผู้เกี่ยวข้องรังเกียจ รวมทั้ง อาจมีผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิด เช่น คู่สมรสและบุตร เป็นต้น ปัญหาดังกล่าว ล้วนแต่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื้อ และผู้ใกล้ชิด ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญมาจากการที่สังคม เจ้าหน้าที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเอชไอวีหรือเอดส์ ตลอดจนขาดความตระหนักในเรื่องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมในประชากรทุกกลุ่ม

ด้วยเหตุดังกล่าว จึงได้คิดค้นพัฒนารูปแบบกลไกการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และส่งเสริมคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ผ่านระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ หรือ CRS ที่เชื่อมโยงระหว่างภาครัฐกับภาคประชาสังคม

ความสำคัญของการปกป้องคุ้มครองสิทธิ์

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์และหน่วยงานภาคีเครือข่าย ได้ริเริ่มพัฒนาระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะและความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ (Crisis Response System: CRS) หรือ โปรแกรม CRS เป็นช่องทางรับเรื่องร้องเรียน การถูกละเมิดสิทธิด้านเอดส์ผ่านเว็บแอพพลิเคชั่นออนไลน์ ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีมาช่วยยกระดับการให้บริการด้านการช่วยเหลือ ผู้ถูกละเมิดสิทธิที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายสามารถแจ้งเหตุได้ด้วยตนเอง และจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ ทันเวลา มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเชื่อมโยงทั้งภาครัฐและภาคชุมชน กรณีการถูกละเมิดสิทธิที่สามารถร้องเรียนผ่านระบบ CRS ประกอบด้วย 4 กรณีหลัก ได้แก่ 1) ถูกบังคับตรวจเอชไอวี 2) ถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี 3) ถูกกีดกันหรือเลือกปฏิบัติเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวี และ 4) ถูกกีดกันหรือเลือกปฏิบัติเนื่องมาจากเป็นกลุ่มเปราะบาง (กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ ได้แก่ กลุ่มหลากหลายทางเพศ พนักงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติด ประชากรข้ามชาติ ผู้ถูกคุมขัง กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่า) [6] ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกละเมิดสิทธิจะถูกเก็บเป็นความลับ และสถิติการถูกละเมิดสิทธิจากระบบ CRS ภาคีเครือข่ายทุกระดับสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ร่วมกัน ทั้งเพื่อช่วยเหลือประชาชนวางแผนการดำเนินงานตลอดจนผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายหรือกฎหมาย เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่

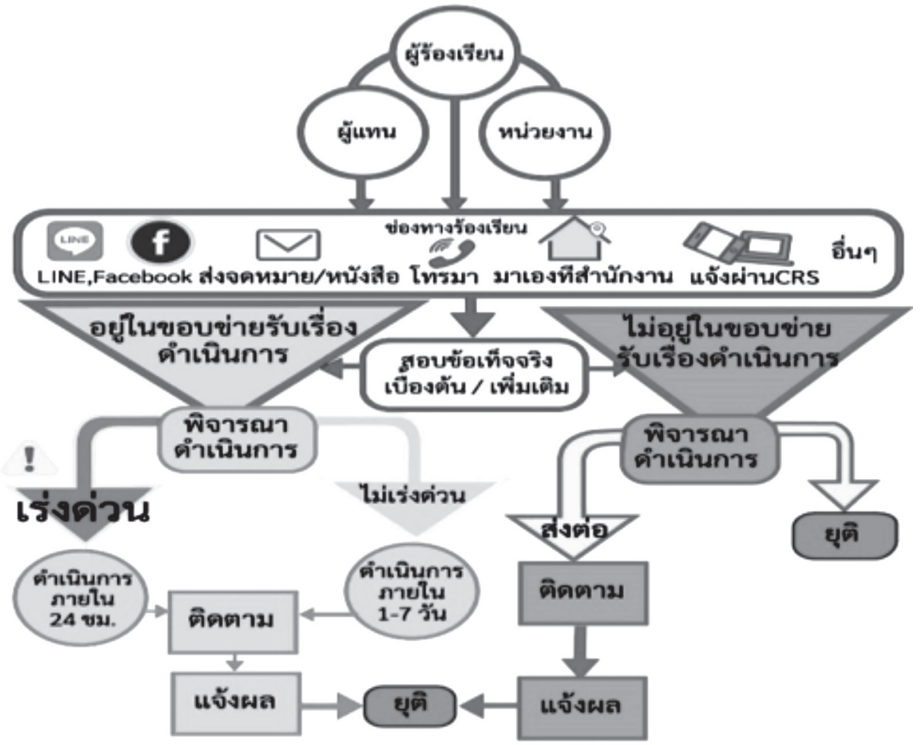
เกี่ยวกับเอชไอวี และเพศภาวะ เป็นการสนับสนุนการดำเนินงานของประเทศเพื่อมุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

การดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนผ่านระบบ CRS

การพัฒนาระบบรับเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะ และความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ (Crisis Response System: CRS) เป็นระบบรับเรื่องร้องเรียนผ่านเว็บไซต์ เริ่มต้นดำเนินการในปี 2560 และเปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการในปี 2563 เป็นความร่วมมือของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ โดย CRS ย่อมาจาก Crisis Response System ภาษาไทย คือ “ระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะ และความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการ ถูกเลือกปฏิบัติ”[6] เป็นช่องทางรับเรื่องร้องเรียนการถูกละเมิดสิทธิด้านเอดส์ผ่านระบบ Web-Application ออนไลน์ที่ประชาชน เข้าถึงได้สะดวก ใช้งานง่าย เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เชื่อมโยงทั้งภาครัฐ และภาคชุมชน เข้าถึงได้ทางเว็บไซต์ crs.ddc.moph.go.th โดยโปรแกรม CRS มีจุดเด่น คือ

- เป็น Web-Based Application ออนไลน์ เข้าถึงง่าย
- บริการเป็นมิตร แจ้งเหตุได้โดยใช้ชื่อแฝง และมีรหัสติดตามการดำเนินงานได้ด้วยตนเอง
- มีระบบ Alert (ผ่าน Line Application) แจ้งเตือนให้เจ้าหน้าที่ทราบทันที เมื่อมีการแจ้ง
- มี Notification Alert ช่วยเตือนเจ้าหน้าที่ติดตามช่วยเหลือ บริหารเคสที่คงค้าง
- เป็นเครื่องมือที่ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (ทั้งภาคประชาสังคม ภาครัฐ) เห็นปัญหาแล้วร่วมกันช่วยเหลือ
- บันทึกครั้งเดียวใช้งานทุกระดับ ตั้งแต่การจัดการเหตุระดับพื้นที่ ไปจนถึงการผลักดันเชิงนโยบาย

คณะอนุกรรมการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อเป็นกลไกในระดับปฏิบัติการส่วนกลาง คือ คณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในระดับประเทศ เพื่อทำหน้าที่ อาทิ การกำกับดูแลการพัฒนาระบบการรับเรื่องร้องเรียน การจัดการเรื่องร้องเรียน และติดตามการรายงานผลการปฏิบัติงานของคณะทำงานระดับจังหวัด พัฒนารูปแบบกลไกการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ใน 14 จังหวัดนำร่อง และขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศ จัดทำกรอบการดำเนินงานและสนับสนุนให้มีการทำแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในจังหวัด ในขณะที่คณะทำงานระดับจังหวัดที่เป็นกลไกปฏิบัติการระดับจังหวัด ประกอบไปด้วยคณะทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพ มีหน้าที่ในการรับเรื่องร้องเรียน พัฒนาระบบและจัดการเรื่องร้องเรียน รายงานผลการปฏิบัติ เป็นต้น ทั้งนี้ ได้มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานให้มีคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ วางแผนจัดการ และติดตามการแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิ ให้มีทีมปฏิบัติการ อาทิ นักกฎหมายเท้าเปล่า ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มหรือเครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่ ที่มีความคล่องตัวในการสืบค้นข้อเท็จจริง และให้คำปรึกษาเบื้องต้นกรณีเกิดการละเมิดสิทธิ ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสิทธิด้านเอดส์ในพื้นที่ เพื่อป้องกันปัญหาการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอดส์ เพศภาวะ และลดอคติที่มีต่อกลุ่มเปราะบาง ต่อการถูกเลือกปฏิบัติ และจัดทำรายงาน ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนานโยบายในระดับจังหวัด



แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนของ CRS

บทบาทพยาบาลในการปกป้องคุ้มครองผู้ถูกละเมิดสิทธิ[9,10]

1. สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานของประชากรกลุ่มเปราะบางและผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. ให้คำปรึกษาดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ที่ถูกละเมิดสิทธิและญาติ

3. ติดตามการส่งต่อผู้ถูกละเมิดสิทธิจนกว่าจะได้รับการตอบสนองหรือการแก้ไข

4. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติของประชากรกลุ่มเปราะบางและผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อหาแนวทางป้องกันการถูกละเมิดสิทธิ

มีการทดลองใช้งานโปรแกรม CRS จัดการเหตุจริงในพื้นที่ 14 จังหวัด ภายใต้ความร่วมมือของเครือข่ายภาคประชาสังคม ที่สมัครเข้าร่วมเป็นกลไกรับเรื่องร้องเรียนต้นแบบ 8 องค์กร และในปี 2563 - 2564 มีแผนประชาสัมพันธ์ระบบรับเรื่องร้องเรียน CRS ให้ประชาชนทั่วประเทศ ได้รับทราบและเข้ามาร้องเรียนเมื่อถูกละเมิดสิทธิ เชื่อมโยงข้อมูลกับระบบรับเรื่องร้องเรียนอื่น ๆ ของประเทศ รวมถึงผลักดันการพัฒนากลไกการปกป้องคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ที่เชื่อมโยงระหว่างภาคประชาสังคมและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ให้เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเชื่อมโยงกับกลไกของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือ ทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.) สำนักงานอัยการสูงสุด

จนถึงกลางปี 2563 มีการรับเรื่องร้องเรียนรวม 147 กรณี อาทิ ปัญหาการไม่ได้รับบริการสุขภาพที่เท่าเทียมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ การเข้าไม่ถึงความช่วยเหลือของรัฐบาล การตรวจเลือดและเปิดเผยสถานะเอชไอวีโดยไม่ได้รับความยินยอม ได้รับการจัดการแก้ไขปัญหาราวร้อยละ 75 และการที่ CRS ได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบง่ายและสะดวกกับผู้ใช้ในการบันทึกเรื่องร้องเรียนได้ทุกเวลาและสถานที่ส่งผลให้มีการรายงานเรื่องร้องเรียนและเกิดการดำเนินการตรวจสอบ แก้ไขปัญหา ได้ทันเวลา รวมทั้งส่งผลให้มีระบบที่รวบรวมข้อมูลหลักฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับกำกับติดตาม และผลักดันการดำเนินงาน ในระดับแผนงานและนโยบายเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิมนุษยชนอันเนื่องมาจากเอชไอวี เพศภาวะ และการใช้ยาเสพติดต่อไป CRS จึงเป็นระบบปกป้องคุ้มครองสิทธิที่ชุมชนทั้งภาคประชาสังคมและองค์กรชุมชนสามารถเข้าร่วมดำเนินการได้ และเป็นแผนงานอีกส่วนหนึ่งที่เสริมเข้ากับแผนงานอื่น ๆ ในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ฯ อันจะส่งผลต่อการเข้าถึง

และได้รับบริการด้านเอชไอวีและสุขภาพตามเป้าหมายประเทศที่กำหนดไว้

แนวทางการดำเนินงาน CRS ในอนาคตมุ่งให้ความสำคัญกับการความรอบรู้เรื่องสิทธิมนุษยชน และการรับรู้เรื่องระบบ CRS ให้กับกลุ่มผู้มีเอชไอวี กลุ่มประชากรหลักและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการ ระบบการติดตามและแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนให้รวมเข้ากับการดำเนินงานตามแผนงานประจำของภาคประชาสังคมและองค์กรชุมชน[8] แผนปฏิบัติการภายใต้วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์นี้ระบุการขยายกลไกการคุ้มครองการละเมิดสิทธิ ระบบรับเรื่องราวและดำเนินการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน (CRS) ให้ครอบคลุมการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ อันเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะในสถานดูแลสุขภาพ สถานศึกษา และสถานที่ทำงาน/สถานประกอบการ[5] โดยการพัฒนาการดำเนินงานของชุมชนในรูปแบบนิติกรชุมชนให้เป็นกลไกในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้กับผู้มีเอชไอวี ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี และทำงานเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพเป็นกลไกส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ ทั้งนี้ จะมีการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความละเอียดอ่อนในเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี และเพศภาวะในการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่คุ้มครองสิทธิ (Duty Bearer) อาทิ ตำรวจ อัยการ ฝ่ายปกครอง ศาล ราชทัณฑ์ การดำเนินงานดังกล่าวจะส่งผลให้มีกลไกคุ้มครองสิทธิดำเนินการครอบคลุมอยู่ในทุกจังหวัด โดยมี CRS เป็นระบบเชื่อมโยงและติดตามผลการปฏิบัติ และมีกลไกเชิงรุกของชุมชน เช่น นิติกรชุมชน เป็นรูปแบบการดำเนินงานของชุมชน ระบบดังกล่าวนี้จะประสานเชื่อมโยงอัยการจังหวัดซึ่งเป็นกลไกคุ้มครองสิทธิของรัฐในระดับจังหวัด รวมทั้งสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน ตรวจสอบ และช่วยเหลือในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิที่เกี่ยวกับเอชไอวี เพศภาวะ และยาเสพติดด้วย โดยมีความท้าทายเรื่องการสนับสนุนให้กลไกในแต่ละส่วนดำเนินการโดยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงที่เป็นระบบตั้งแต่การส่งเสริมความรู้เรื่องสิทธิ การรับเรื่องร้องเรียน การดำเนินการช่วยเหลือ และการจัดทำรายงาน และมีคณะอนุกรรมการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ทำหน้าที่กำกับติดตามผลการดำเนินงานของกลไกต่าง ๆ เหล่านี้ในภาพรวม

สรุปผลการดำเนินงาน

กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย ขยายกลไกการคุ้มครองการละเมิดสิทธิ พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในทุกระดับ ทุกองค์กร และครอบคลุมทุกจังหวัด (Crisis Response System) สามารถตอบสนองความต้องการในกลุ่มประชากรเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มหลากหลายทางเพศ พนักงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติด ประชากรข้ามชาติ ผู้ถูกคุมขัง กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่า เนื่องจากเป็นช่องทางในการแจ้งข้อร้องเรียนที่เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยผู้ถูกกระทำ/สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองหรือมอบให้ผู้อื่นที่เกี่ยวข้องร้องเรียนแทนตนเองได้ผ่านระบบ CRS ซึ่งได้พิจารณาถึงสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาคทางเพศภาวะ และกลุ่มประชากรหลักที่เปราะบาง (ด้วยความเท่าเทียม) วัตถุประสงค์ในการดำเนินขยายกลไกการคุ้มครองการละเมิดสิทธิ พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในทุกระดับ ทุกองค์กร และครอบคลุมทุกจังหวัด (Crisis Response System) เพื่อปกป้อง คุ้มครองสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาคทางเพศภาวะ และกลุ่มประชากรหลักที่เปราะบาง ซึ่งมีกิจกรรมเชื่อมโยงกันใน 5 ขั้นตอน ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศ ตั้งแต่การรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการเรื่องร้องเรียน โดยในปัจจุบันได้มีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายการดำเนินงานจัดการ เรื่องร้องเรียน รวมทั้งการพัฒนาระบบให้เหมาะสมและง่ายต่อการใช้งานผ่าน Web Application โดยมีผู้ดูแลระบบและแจ้งเตือนเหตุจากข้อร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแบบ real-time

ระบบ CRS และกลไกคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในรูปแบบสหวิชาชีพระดับจังหวัด สามารถใช้ข้อมูลการร้องเรียนและการจัดการเหตุ เพื่อขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องจากเอชไอวีทุกรูปแบบในกลุ่มประชากรหลักได้อย่างเป็นรูปธรรม ระบบ CRS ดำเนินการภายใต้กรอบมนุษยธรรม ภายใต้การปกป้องคุ้มครองสิทธิตามหลักสิทธิมนุษยชน ครอบคลุมศักดิ์ศรี เสมอภาคและภราดรภาพ ระบบ CRS มีความเหมาะสมมากที่สุดในการดำเนินงานในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 เนื่องจากทั้งผู้ร้องเรียนและผู้จัดการเหตุ สามารถดำเนินการผ่าน Web Application แบบ Real Time ระบบสร้างขึ้นโดยคำนึงการให้บริการอย่างครอบคลุมแก่กลุ่มที่เปราะบางเป็นหลัก รวมทั้งกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งรวมการตีตราและเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบไม่เพียงแต่เหตุอันเนื่องจากเอชไอวีเท่านั้นเพื่อส่งเสริมสิทธิ

มนุษยชน ความเท่าเทียมทางเพศภาวะ เพื่อสามารถส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการลด/เพิกถอนบทลงโทษทางกฎหมายที่ตีตราและเลือกปฏิบัติ

นอกจากนี้ ระบบ CRS ยังเป็นเครื่องมือสำหรับดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนและประชาชนที่แท้จริง (Community-Led Monitoring) โดยได้รับรางวัลต่าง ๆ ดังนี้ รางวัลเลิศรัฐ ด้านบริการภาครัฐ ระดับดี ประเภทนวัตกรรมการบริการ ประจำปี 2564 จากคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ รางวัลนวัตกรรมดีเด่น กรมควบคุมโรค ประจำปี 2563 อีกทั้งได้รับความสนใจ จากการนำเสนอแลกเปลี่ยนการเรียนรู้การประชุม 9th Southeast Asia SD QI Network Meeting ณ กรุงเจนิวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์

เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และอยู่ภายใต้การดูแลของกรมควบคุมโรค อีกทั้งมีความเป็นเจ้าของร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน รวมทั้งภาคประชาสังคมต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย ขยายกลไกการคุ้มครองการละเมิดสิทธิ พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในทุกระดับทุกองค์กร และครอบคลุมทุกจังหวัด (Crisis Response System) โปรแกรม CRS เป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้การทำงานง่ายขึ้น โดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย แต่อีกองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากที่เป็นหัวใจของการดำเนินงานปกป้องคุ้มครองสิทธิ คือ ทีมทำงาน การพัฒนาภาคประชาสังคมเป็นหน่วยงานหลักที่ทำงานเชิงรุก ที่พยายามผลักดันให้เกิดการช่วยเหลือเป็น community led Service ซึ่งมีความชำนาญเฉพาะด้านในการเข้าถึงกลุ่มประชากรเฉพาะอยู่เดิม ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มในการจัดการเหตุการช่วยเหลือและการใช้งานระบบ CRS

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษากลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย (Crisis Response System: CRS) สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตลอดจนทีมงานภายใต้กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และหน่วยงานภาคประชาสังคม ที่ร่วมพัฒนารูปแบบและจัดทำโมแดล จึงทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

References

1. UNAIDS. Global AIDS update 2020. Seizing the moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics. UNAIDS Geneva; 2020.
2. UNAIDS. People Living with HIV Stigma Index Asia Pacific Regional Analysis. UNAIDS Geneva; 2011
3. National AIDS Management Center, Bureau of AIDS, TB and STIs Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thailand National Strategy for Ending AIDS 2017-2030 (Copy of Documents); 2017. (in Thai)
4. Ministry of Labour. Announcement of the Ministry of Labor on the Prevention and Management of HIV/AIDS in the Workplace (Copy of Documents); 2020. (in Thai)
5. International Labour Office Geneva. International Labour Conference, 98th Session, 2009. HIV/AIDS and the world of work; 2008.
6. National AIDS Committee Stigma and discrimination among Health care providers, people living with HIV in health care settings in Thailand: Findings from 2014-2015 and 2017, Department of Disease Control, (Copy of Documents); October 2019. (in Thai)
7. Siraprapasiri T,. (In press). Integration and scale-up of HIV-related stigma measurement and reduction towards ending AIDS: The experience of Thailand. AIDS; 2020. (in Thai)
8. AIDS Rights Protection Center Foundation. Guidelines for handing complaints of rights violations regarding AIDS, gender and populations at risk of discrimination. (Copy of Documents); 2020. (in Thai)
9. Chaichan M, Kampraw P, Stigma of HIV: Social Illness. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(3):1-4. (in Thai)
10. Chotisen O, Praditbatuka S, Cheevakasamsook A, Factors Related to People living with HIV/AIDS Behaviors at Sirindhorn Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;6(1):41-50. (in Thai)

การดูแลและป้องกันภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดอาการตัวเขียว วัย 0 - 6 ปี ก่อนได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ

Care and Prevention of Malnutrition in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease of The Green Type. Newborns to 6 Years Old Before Undergoing Surgery to Correct Heart Abnormalities

เอกราช บุญชม สุชาดา นันทพูลทรัพย์* วิชิต คำพูล
Eakkarat Boonchom Suchada Nuntapoonsub* Wichit Khamphul
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือดในเด็กมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการตัวเขียว ความผิดปกตินั้นส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน จากการศึกษาสถิติทั่วโลกพบประมาณ 8 ราย ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย จากสถิติในคลินิเด็กโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2566 มีเด็กเข้ารับบการตรวจรักษา ทั้งหมด 2,144 ตรวจพบภาวะทุพโภชนาการ 192รายภาวะนี้ส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตช้าเหนื่อยง่ายเพราะมีเลือดดำปนอยู่ในเลือดแดงที่ไปเลี้ยงร่างกายปกติแล้วเลีvดดำจะไม่ปนกับเลือดแดง ส่งผลให้ระดับออกซิเจนต่ำกว่าปกติเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดวิธีนี้ทำได้ตั้งแต่วัยทารก บางรายต้องรอลักษณะของหัวใจและหลอดเลือดอายุขนาดน้ำหนักตัวที่เหมาะสมจึงจะผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติได้ทั้งหมดระหว่างรอการผ่าตัดอยู่ที่บ้านนั้นผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการเลี้ยงดูแลเด็กให้มีร่างกายแข็งแรงใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุดลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะทุพโภชนาการ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลและป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียววัยแรกเกิดถึงอายุ 6 ปี ก่อนได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ มุ่งหวังให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการดูแลเด็กอย่างถูกต้องขณะรอผ่าตัดอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลสามารถจัดการด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอาการรุนแรงของโรค โดยมุ่งหวังให้เด็กเหล่านี้มีร่างกายพร้อมรับผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ต่อไป

คำสำคัญ : โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว, ภาวะทุพโภชนาการ ,ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

Corresponding Author: *E-mail: sisnz24@@gmail.com.

วันที่รับ (received) 5 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 ก.พ. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 มี.ค. 2567

Abstract

Cardiovascular disease in children is very important to their survival. Especially the group that has symptoms of cyanosis. The disorder results in hypoxia. From a study of statistics around the world, approximately 8 cases were found. per 1,000 live births from statistics in pediatric heart disease clinics Siriraj Hospital, in 2023, a total of 2,144 children were admitted for treatment and were diagnosed with malnutrition. 192 cases. This condition causes children to grow slowly and get tired easily because venous blood is mixed in the red blood that goes to the body. Normally, venous blood does not mix with red blood. As a result, the oxygen level is lower than normal. This group of children needs surgery. This method can be done from infancy. Some people have to wait for their cardiovascular characteristics, age, and body weight to be appropriate in order to have surgery to correct all abnormalities. While waiting for surgery at home, caregivers play a very important role in raising children to have a healthy body. Close to normal children as much as possible, reducing complications especially malnutrition.

This article aims to care for and prevent malnutrition in pediatric patients with congenital heart disease. Congenital cyanosis from birth to age 6 years before undergoing surgery to correct heart abnormalities. Aim for caregivers have knowledge and understanding Have the skills to properly care for children while waiting for surgery at home Moderators can manage nutrition appropriately To prevent complications and severe symptoms of the disease The aim is for these children. Have a body ready to undergo surgery to correct heart abnormalities and be in line with the doctor's treatment plan.

Keywords: Cyanotic congenital heart disease, malnutrition, caregiver of children with green type congenital heart disease

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหัวใจและหรือหลอดเลือดซึ่งความผิดปกตินั้นส่งผลให้มีเลือดดำปนอยู่ในเลือดแดงที่ไปเลี้ยงร่างกายเกิดระดับออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าปกติจะเห็นว่าริมฝีปากเล็บเท้ามีสีเขียวคล้ำ เห็นชัดเวลาร้องหรือดูดนม การเจริญเติบช้ากว่าปกติ[1] สถิติใกล้เคียงทั่วโลกพบประมาณ 8 ราย ต่อทารกมีชีพ 1,000 ราย[2] จากศึกษาในประเทศแคนนาดามลรัฐ Quebec พบเด็กเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 4.09 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย โดยร้อยละ 9 เป็นกลุ่มอาการตัวเขียว เด็กกลุ่มนี้ต้องผ่าตัดแก้ไขตั้งแต่วัยเด็ก[3] ประเทศไทยพบร้อยละ11.03 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย[4] จากการศึกษาอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลศิริราชอยู่ที่ ร้อยละ 6.1 ข้อมูลในคลินิกเด็กโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2566 มีเด็กเข้ารับการรักษา 2,144 ราย มีภาวะทุพโภชนาการน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ถึง 192 ราย เด็กกลุ่มนี้ไม่อยากรับประทานอาหารเหนื่อยง่ายบางรายต้องจำกัดเกลือการดูดซึมการเผาผลาญช้ากว่าปกติ ถ้าได้ผ่าตัดการเจริญเติบโตจะดีขึ้น

ดังนั้นผู้ดูแลสำคัญอย่างมากในการดูแลให้มีร่างกายใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุดขณะรอผ่าตัดอยู่ที่บ้าน ผู้เขียนบทความนี้เป็นผู้ให้บริการติดตามดูแลเด็กได้มีโอกาสซักถามถึงปัญหากับผู้ดูแลเด็กพบว่าบางรายยังขาดความรู้ความเข้าใจการจัดการด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับวัยและโรค ยังรับประทานอาหารเหมือนกับเด็กทั่วไปไม่ได้หลีกเลี่ยงอาการที่มีรสเค็มยังให้เด็กกินขนมกรุบกรอบ อาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียม ไม่ได้ส่งเสริมให้ได้รับอาหารที่ไขมันหรือกะทิไม่ทราบว่ามันมะกอกน้ำมันมะพร้าวสามารถผสมในนมให้เด็กเพื่อเพิ่มน้ำหนักตัวได้[5] ภาวะทุพโภชนาการเมื่อเกิดขึ้นแล้วอาจเลื่อนการผ่าตัดออกไปส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการผ่าตัดตามเวลาที่เหมาะสมภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชจึงได้จัดตั้งคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพขึ้นฉบับที่125/2563 เพื่อให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถลดอุบัติการณ์เกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยมุ่งหวังให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจมีทักษะ

การดูแลเด็กอย่างถูกต้องขณะรอผ่าตัดอยู่ที่บ้าน สามารถจัดการด้านโภชนาการได้เหมาะสมลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการรุนแรงของโรคให้ผู้ป่วยมีร่างกายพร้อมรับการผ่าตัด สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ต่อไป

ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว6 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มเลือดไปปอดน้อยความผิดปกติที่มีลิ้นหัวใจและ/หรือเส้นเลือดที่นำไปฟอกที่ปอดตีบหรือตันร่วมด้วย

กลุ่มนี้ทำให้มีเลือดดำไปฟอกที่ปอดน้อยจึงมีเลือดดำปนกับเลือดแดงที่ไปเลี้ยงร่างกาย พบได้บ่อยที่สุด คือ Tetralogy of Fallot

อาการแสดงและวิธีการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวเลือดไปปอดน้อย

1. ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (cerebral infarction)

อาจพบได้ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ที่มีอาการตัวเขียว ส่งผลให้เลือดข้นและหนืดมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรงและท้องเสีย และภาวะซีด จนขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ผู้ป่วยจะอาการแขนขาอ่อนแรงชักด้านตรงกันข้ามกับสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

2. ภาวะฝีในสมอง (brain abscess)

เกิดจากเชื้อโรคซึ่งปกติจะถูกกรองผ่านไปปอดเพื่อไปเลี้ยงที่เส้นเลือดแดงที่ไปหล่อเลี้ยงสมองโดยตรงส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่สมอง มักพบมากในเด็กอายุ 4 ปีขึ้นไปและมักพบปัญหาเรื่องฟันผุร่วมด้วยเด็กกลุ่มนี้จะมีไข้หาสาเหตุไม่ได้และอาจพบทางระบบประสาทเช่นแขนขาอ่อนแรงการรักษาจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 6 ถึง 8 สัปดาห์ และอาจจำเป็นต้องผ่าตัดเด็กกลุ่มนี้ต้องดูแลสุขภาพปากและฟันให้ดีเพื่อลดภาวะฝีในสมอง

แนวทางการดูแลรักษาระหว่างรอการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ

1. ให้ธาตุเหล็กเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงมากขึ้นมีความจำเป็นมากเพื่อให้ปริมาณเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น เพื่อไปจัดกับออกซิเจนในปอดมากกว่าปกติเพราะมีเลือดไปปอดน้อย

2. ยาคลายความหดเกร็งของกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนที่มีเลือดไปปอดน้อยในรายที่มีกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวมากเกินไปจนทำให้มีอาการเขียว

3. ดูแลรักษาสุขภาพปากและฟันให้ดี ถ้ามีฟันผุควรไปรับการตรวจรักษาให้ถูกต้องแจ้งให้ทราบว่าเด็กเป็นโรคหัวใจทุกครั้งก่อนพบทันตแพทย์

4. ควรได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกันเหมือนเด็กทั่วไปเสริมวัคซีนบางชนิด เช่น วัคซีนสุกใส ไข้หวัดใหญ่ และนิวโมคอคคัลคอนจูเกต

5. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบหักโหมหรือเป็นนักกีฬา และมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

การผ่าตัด

1. ผ่าตัดแบบประคับประคองโดยต่อเส้นเลือดปอดเทียมเพื่อให้มีเลือดไปฟอกที่ปอดมากขึ้นเด็กจะรู้สึกสบายขึ้นเขียวเหนื่อยน้อยลงคุณภาพชีวิตดีขึ้นเพื่อรอเวลาผ่าตัดแก้ไขในเวลาที่เหมาะสม

2. ผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจทั้งหมดทำได้ในรายที่มีหัวใจและหลอดเลือดเด็กมีน้ำหนักตัวเหมาะสม ความเสี่ยงในการผ่าตัดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคโดยปัจจุบันความเสี่ยงของการผ่าตัดลดลงเมื่อเทียบกับอดีต

2. กลุ่มเลือดไปปอดมากแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

2.1 กลุ่มที่มีการสลับกันของเส้นเลือดดำและเส้นเลือดใหญ่

เลือดจะไปปอดมากและเขียวมากตั้งแต่กำเนิดเพราะเลือดดำออกจากหัวใจซีกขวาและไปเลี้ยงร่างกายแล้วกับมาเข้าหัวใจซีกขวาใหม่เลือดแดงจะออกจากหัวใจซีกซ้ายใหม่วนเวียนกันอยู่แบบนี้ผู้ป่วยจะเขียวมากขึ้นไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ถ้าไม่มีช่องทางปนกันของเลือดดำกับเลือดแดง

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมักเขียวตั้งแต่แรกเกิดและมักจะเขียวมากขึ้นจะมีมากน้อยขึ้นอยู่กับช่องทางปนกันของเลือดดำและแดงว่าขนาดใหญ่หรือมีหลายระดับแค่ไหนผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเขียวมากจนถึงกับเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้องภายในช่วงแรกของชีวิต

2.2 กลุ่มที่มีเลือดดำและเลือดแดงปนกัน

เกิดจากมีเลือดดำและเลือดแดงปนกันบางแห่งของห้องหัวใจก่อนไปเลี้ยงร่างกาย โดยไม่มีการตีบแคบของเส้นเลือดที่ไปฟอกที่ปอดเด็กกลุ่มนี้จะมีเลือดไปปอดมากกว่าปกติและทำให้และทำให้เกิดภาวะหัวใจวายร่วมด้วยเช่นผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดแดงจากปอดกลับผิดตำแหน่ง

อาการและอาการแสดง

เด็กกลุ่มนี้อาจมีอาการเขียวไม่มากอาจพบนิ้วปุ้มไม่มากต่างกับผู้ป่วยเขียวเลือดไปปอดน้อยและจะไม่มีอาการที่

ขาดออกซิเจนเฉียบพลัน(hypoxic spell) แต่จะมีภาวะของหัวใจวาย เช่น หายใจรเร็ว เหนื่อยง่าย เหงื่อมาก เลี้ยงไม่โต พัฒนาการที่ต้องใช้กล้ามเนื้อช้ากว่าปกติเพราะมีอาการเหนื่อยง่าย

ภาวะแทรกซ้อนกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวเลือดไปปอดมาก

มีฝีในสมองการติดเชื้อในหัวใจและหลอดเลือดดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังมีภาวะความดันในปอดสูงซึ่งเกิดจากการที่มีเลือดไปปอดมากอยู่นานร่วมกับอาการเขียวจึงทำให้เกิดภาวะความดันในปอดสูงได้ง่ายและเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ภาวะนี้เกิดขึ้นแล้วจะมีกล้ามเนื้อเรียบของเส้นเลือดในปอดหนาขึ้น การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อลดเลือดไปปอดมากตั้งแต่อายุยังน้อยไปก่อนเพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะนี้

แนวทางการรักษากลุ่มผู้ป่วยเลือดไปปอดมาก

เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้เกิดอาการเหนื่อยหายใจเร็ว ดูดนมแล้วเหนื่อยต้องหยุดเป็นพักๆ และใช้เวลานานหรือดูดไม่หมดน้ำหนักตัวขึ้นช้าตัวเล็กกว่าเด็กในวัยเดียวกัน เหงื่อออกมากบริเวณศรีษะบวมเป็นหวัดบ่อยและหายช้า เด็กเหล่านี้ต้องได้รับยาเพื่อช่วยการทำงานของหัวใจต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมถึงรับประทานยาผู้ดูแลควรให้ความร่วมมือในการรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย[7]

1. การให้ยาระมัดระวังให้ยาให้ถูกต้องทั้งชนิดและขนาดของยาตามเวลาไม่ควรลดหรือเพิ่มยาเองถ้ายาหมดก่อนนัดต้องมาพบแพทย์เพื่อรับยาก่อนยาบางชนิดมีโอกาสเกิดภาวะข้างเคียงจากยา สามารถอ่านรายละเอียดของยาตามที่บุตรของท่านได้รับ ควรสังเกตอาการ และรีบนำผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

2. การให้อาหารที่เหมาะสมกับพัฒนาการและความรุนแรงของโรค

2.1 เด็กอายุ 0 – 1 ปี คือ นมแม่ ถ้าให้นมแม่ไม่ได้ อาจให้นมผสมแทนที่มีเกลือต่ำ ในเด็กบางรายที่มีภาวะหัวใจวายอาจจำเป็นต้องจำกัดเกลือต่ำบางรายที่มีภาวะหัวใจวายต้องจำกัดปริมาณนมในแต่ละวันอาหารเสริมให้ได้แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรือเติมน้ำปลาเกลือซีอิ๊วเพิ่ม

2.2 เด็กที่มีอายุ มากกว่า 1 ปี ควรรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง เช่น ไข่ เนื้อสัตว์นมและพืชผักต่างๆ ไม่ควรให้รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่นบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ของหมักดอง ขนมขบเคี้ยว อาหารทะเล เนย อาหารกระป๋อง ไส้กรอก ผงชูรส เนื่องจากมีเกลือในปริมาณสูงจะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น

3. หลักสำคัญในการให้นมหรืออาหารในเด็กเหล่านี้คือควรให้อาหารหรือนมครั้งละน้อยๆ
แต่ให้บ่อยครั้ง

4. การได้รับภูมิคุ้มกัน สามารถให้เหมือนเด็กปกติและควรได้รับวัคซีนเสริมบางชนิด เช่น สุกใส ไข้หวัดใหญ่ และนิวโมคอคคัลคอนจูเกต

5. การดูแลรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ

5.1 ควรให้ผู้ป่วยดูดน้ำตามหลังดูดนมและไม่คาขวดนมที่เด็กดูดในขณะนอน ควรเลิกขวดนมหลังอายุ 1 ปี เพื่อลดการเกิดฟันผุ

5.2 พบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน และต้องแจ้งให้แพทย์ทราบว่าป่วยเป็นโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิด จำเป็นต้องได้ยาปฏิชีวนะก่อนทำฟัน

5.3 การออกกำลังกายจำกัดกีฬาที่หักโหมโดยเฉพาะในรายที่มีอาการ โดยทั่วไปถ้าไม่มีอาการจะไม่จำกัดการออกกำลังสามารถเล่นได้เหมือนเด็กปกติแต่ไม่สนับสนุนให้เป็นนักกีฬาที่ต้องแข่งขัน

5.4 การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงบุคคลที่ป่วยหรือมีอาการหวัดไอน้ำมูก ไม่พาไปในที่แออัด เช่น ชุมชน ตลาดสดเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ

5.5 ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด แต่ถ้ามีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์โรคหัวใจทันที เช่น เหนื่อยบวมมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณหนังตา นอนราบไม่ได้ ปัสสาวะออกน้อย

5.6 การดูแลเรื่องการขับถ่าย ควรฝึกให้เด็กขับถ่ายเป็นเวลาเป็นประจำ อย่าปล่อยให้ท้องผูกเพราะการเบ่งถ่ายทำให้เด็กเหนื่อยง่าย อาจทำให้ขาดออกซิเจนเฉียบพลันได้ ควรเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยต่างๆ และเครื่องดื่ม เช่น ผัก ผลไม้ น้ำส้ม น้ำมะขาม น้ำลูกพรุน

6. การให้ยาเพื่อเปิดเส้นเลือดให้คงการปนกันของเลือดดำ โดยเฉพาะทารกที่มีเส้นเลือดดำและแดงสลับกัน เพื่อให้มีช่องทางติดต่อระหว่างเลือดดำกับเลือดแแดงยานี้ช่วยประคองเพื่อรอรักษาด้วยวิธีอื่นต่อไป

7. การสวนหัวใจ เพื่อการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดและ

อาจทำเพื่อรักษาขยายช่องทางติดต่อระหว่างหัวใจห้องบนด้วยบอลลูนการรักษานี้เป็นการประวิงเวลาก่อนจะนำผู้ป่วยไปผ่าตัดแก้ไขทั้งหมด

8. การผ่าตัดสามารถทำได้ตั้งแต่เป็นทารกในบางโรค อย่างไรก็ดี บางโรคยังต้องรอลักษณะของหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด ดังนั้นผู้ป่วยบางรายจำต้องได้รับการผ่าตัดแบบประคับประคองและให้ยาเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยระหว่างรอการผ่าตัดความเสี่ยงของการผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับความผิดปกติของหัวใจและภาวะของผู้ป่วย

References

1. Chungsomprasong P, Jaturachaidech C. Pediatric cadiology siriraj hospital. 2017. Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (in Thai)
2. Soiphet N, Intichoti N, Khrutmuang W, Suanpan N. Care for children with congenital heart disease to prevent respiratory tract infection. Journal of Health and Nursing Research. 2019 ;35(2): 26-37 (in Thai)
3. Soongswang J, Durongpisitkul K, Chanthong P, Vijarnsorn C. Adult congenital heart disease Transition from pediatric to adult heart care. 2014; A-plus Print. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (in Thai)
4. Chowdhury F, Hoque MM, Ali M, Hossain A. Comparison of growth in children with cyanotic and acyanotic congenital heart disease in a tertiary care hospital. Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons 2018;36(2):64-9 (in Thai)
5. Somchue N, Sanasuttipun W, Srichantaranit A. The effect of a teaching program on knowledge and behaviors of caregivers to promote nutrition in children with acyanotic congenital heart disease. Journal of Nursing Science 2016; 34(3): 79-93. (in Thai)
6. Jintrawet U, Sen-Ngam K, Wangsachantanon T and Sripusanapan A. Roles of nurses on promoting nutritional status of children with congenital heart disease post cardiac surgery. Journal of Health and Food Creation. 2023; 1: 72-83 (in Thai)
7. Koonwiang E, Nuntapoonsub S, Khamphul W. Preoperative Care and Prevention of Complications in Pediatric Patients with Benign Congenital Heart Disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023 ;24(2) : 67-7 (in Thai)

ปอดอักเสบจากการสำลัก : เหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงได้ใน ICU

Aspirated Pneumonitis: an Avoidable Event in ICU

วราทิพย์ ทองเดช สุวิมล ตังธนสิริกุล พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล
Varathip Thongdech Suvimon tangtanasirikul Phongthara Vichitvejpaisal,
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพ ประเทศไทย 10700
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

ปอดอักเสบ (pneumonia) เกิดจากที่มีการอักเสบของเนื้อปอด หลอดลมฝอย (terminal และ respiratory bronchioles) ถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อโดยรอบ (interstitium) อาจเกิดแค่เนื้อปอดบางส่วน หรือกระจายทั่วปอด พบมากผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยในปี พ.ศ. 2565 กองระบาดวิทยา รายงานพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ 191,814 ราย[1] พบมากในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบสูงมากกว่ากลุ่มอื่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้ไม่มีแรงพอที่จะไอขับเสมหะหรือสารคัดหลั่งออกได้เอง

การสำลักเกิดจากการกลืนที่ผิดปกติ (impaired swallowing) ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบสูงถึง 11.9 เท่า[2] ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) เป็นปอดอักเสบที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องใส่สายอาหาร ผู้เข้ารับการผ่าตัดที่เพิ่งตื่นจากการระงับความรู้สึก มีระดับความรู้สึกลดลง ความสามารถการควบคุมการกลืนน้อยลง ทำให้สำลักและเกิดภาวะปอดอักเสบจากการตามมาได้[4] การสำลักลักษณะที่เห็นได้ชัดเจน คือ มีอาการไอขณะรับประทานอาหาร สามารถซักประวัติได้จากญาติที่ดูแล และอาการแสดงที่ตรวจพบร่วมกับผลเอ็กซเรย์ปอด โดยการรักษาจะให้ยาปฏิชีวนะ ติดตามอาการใกล้ชิด ต้องให้ออกซิเจนในรายที่มีการกำซาบออกซิเจนได้ อาการรุนแรง นำไปสู่ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวในที่สุด

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ, การสำลัก, ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก

Abstract

Pneumonia is an inflammation of the lungs, bronchioles (terminal and respiratory bronchioles), the alveoli and surrounding tissue. (interstitium). It may occur in part of tissue in the lung, or it may spread throughout the lung tissue. Found often people aged 65 years and over, and people with low immunity. In 2022, about 191,814 cases of pneumonia were found. The elderly patients who are unable to self dependent. There is a higher chance of complications from pneumonia than other groups., the muscles do not have enough strength to cough.

Corresponding Author: Email: phongthara@gmail.com
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 26 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 ม.ค. 2567

An Aspirate was impaired swallowing. Often in risk aspiration pneumonia by 11.9 times. Especially in the elderly or people with neurological problems. Aspiration pneumonia in the elderly patients with neurological deficit in a swallowing after anesthesia. Known case from the history of care and symptoms detected. Physical examination, Chest X-ray. The treatment will include both antibiotics. Close up monitoring that may be so severe that an infection in the bloodstream infections and the respiratory failure.

Keywords: Pneumonitis, Aspirated, Aspiration Pneumonia

บทนำ

การติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ประมาณร้อยละ 8-10 พบเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) สาเหตุจากการสำลัก (Aspirated pneumonitis) ที่เกิดจากความบกพร่องของการกลืน ทำให้มีความไวในการขย้อนและการไอลดลง จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการสำลัก ซึ่งในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคมะเร็งที่ได้รับการฉายแสงบริเวณลำคอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษา เช่น ท่อช่วยหายใจ สายดูดเสมหะ ล้วนมีความเสี่ยงต่อการสำลัก จนนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบได้ กระบวนการดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการลดหรือป้องกันการสำลักได้ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

อุบัติการณ์

จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 114 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 มีการพยากรณ์โรคปอดอักเสบ ปี พ.ศ. 2565 โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างปี พ.ศ. 2554–2564 มีค่าความคาดเคลื่อนของการพยากรณ์ร้อยละ 11.70 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ 191,814 ราย ซึ่งค่าการพยากรณ์ที่ได้จะพบจำนวนผู้ป่วยสูง 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงต้นปี (เดือนมกราคม–มีนาคม) จะพบผู้ป่วยประมาณ 16,000 รายต่อเดือน และช่วงที่ 2 (เดือนสิงหาคม–พฤศจิกายน) จะพบผู้ป่วยประมาณ 20,000 รายต่อเดือน[1]

พยาธิสภาพ

กระบวนการกลืน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะช่องปาก ที่ทำหน้าที่บดเคี้ยวและคลุกเคล้าอาหาร แล้วลิ้นจะดันอาหาร จากด้านหน้าไปยังด้านหลังส่งอาหารเข้าสู่คอหอย ระยะคอหอย เมื่ออาหารผ่านลงมา จะมีการหยุดหายใจประมาณ 0.3-1 วินาที เพดานอ่อนจะยกตัวขึ้นเพื่อปิดช่องจมูกด้านบน กล่องเสียงยกตัวขึ้น และฝาปิดกล่องเสียงจะปิดลงเพื่อป้องกันการสำลักอาหารสู่หลอดลม 3 กระบวนการนี้มีกล้ามเนื้อหลายมัดทำงานร่วมกันที่ถูกควบคุมโดยระบบประสาท สุดท้ายเข้าสู่ระยะหลอดอาหารที่มีการบีบไล่อาหาร (peristalsis) ลงสู่กระเพาะอาหาร หากมีระยะใดระยะหนึ่งบกพร่อง จะเกิดการกลืนผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกล้ามเนื้อลิ้นอ่อนแรง มีรีเฟล็กซ์การกลืนช้า ความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณคอหอยลดลง ล้วนมีโอกาสที่อาหารจะตกลงไปในทางเดินหายใจจนเกิดการสำลักได้

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการสำลักมีหลายด้าน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบมีปัญหาทางด้านการกลืนสูงถึง ร้อยละ 92.3 ซึ่งภาวะที่ส่งผลต่อการกลืนที่ผิดปกติแบ่งได้ตามกลุ่มทางเดินหายใจ ดังนี้

กลุ่มทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway) ที่เกิดจากการหายใจนำเชื้อเข้าสู่ปอด โดยตรงในรูปละอองฝอยขนาดเล็ก (droplet nuclei) มีการแพร่กระจายของเชื้อโดยตรงจากการติดเชื้อที่อวัยวะข้างเคียงปอด การแพร่เชื้อจากการให้การดูแลและการทำหัตถการ การตรวจรักษา เช่น การทำ bronchoscopy การดูดเสมหะที่ไม่ระวังการปนเปื้อน การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเชื้อปนเปื้อน เหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบากและเกิดการการสำลักได้

กลุ่มโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson’s disease) โรคลมชัก (Epilepsy) โรคสมองเสื่อม (Dementia) และโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) เป็นต้น ล้วนส่งผลให้เซลล์ประสาท เกิดความผิดปกติ ส่งผลต่อกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกลืน โดยพบว่าผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน 1,000 วันนอน จะมีความผิดปกติของการกลืน (swallowing disorder) ได้สูงถึงร้อยละ 92 และมีโอกาสสำลัก 4.01 ครั้ง โดยระดับความรุนแรงของโรคทางระบบประสาท มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก[9]

กลุ่มหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) มักจะมีผลกระทบปฏิกิริยาไวต่อการกระตุ้นในทางเดินหายใจ (airway reflex) ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบากและการสำลักค่อนข้างสูง โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับยาที่ใช้ระงับความรู้สึกได้ ร้อยละ 10-30 ด้วยอาการแสดงที่กิดทันที คือ ภาวะหลอดลมหดเกร็ง (bronchospasm) หลังถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้[4]

Mendelson’s syndrome ตั้งชื่อตาม เคอร์ติส เลสเตอร์ เมนเดลสัน ซึ่งเป็นสูติแพทย์และแพทย์โรคหัวใจชาวอเมริกัน ค้นพบว่า เป็นกลุ่มโรคปอดอักเสบที่เกิดจากสารเคมีหรือที่เกิดจากการสำลักของเหลวภายในกระเพาะอาหารขณะให้การรระงับความรู้สึกคลอดบุตร ซึ่งอาจเป็นน้ำย่อย (non-particulate) หรือชิ้นอาหาร (particulate) ตกเข้าสู่ปอดร่วมกับมีเชื้อแบคทีเรียจากบริเวณลำคอ จะทำให้เกิดกระบวนการอักเสบที่รุนแรง และถุงลมปอดถูกทำลายเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะถ้าเป็นน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารที่มีค่าความเป็นกรดด่าง (pH) น้อยกว่า 7.25 และมีปริมาตรมากกว่า 0.4 มล. ต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม เป็นภาวะแทรกซ้อนของการระงับความรู้สึก[10]

กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่ไม่ได้งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกจากจมูก ปาก หรือระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนกะบังลม (diaphragmatic hernia) โรคถุงยื่นโป่งพองหลอดอาหาร (esophageal diverticulum) หอบหืด (asthma) ภูมิแพ้ (allergic rhinitis) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิด myasthenia gravis โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงดูเชนน์ (Duchenne muscular dystrophy) และผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดในกลุ่มมอร์ฟีน ยาลดความเครียด ยานอนหลับ หรือยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้ล้วนทำให้การกลืนเสียหน้าที่ไป จนเกิดการสำลักได้

การวินิจฉัย

ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก สามารถวินิจฉัยได้เมื่อซักประวัติพบว่ามีการสำลัก มีความเสี่ยงจากปัจจัยต่างๆที่กล่าวมา และมีความผิดปกติจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เข้าได้โดยส่วนมากเป็นบริเวณพบบริเวณ superior segment of right lower lobe หรือ posterior segment of right upper lobe ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใส่สายอาหาร ติดเตียง ในท่า upright มักจะพบบริเวณ basal segment of lower lobes เป็นต้น ร่วมกับการตรวจเอด ที่มีเม็ดเลือดขาวขึ้น มีการส่งเสมหะตรวจย้อมสีและพบมีเชื้อแบคทีเรีย ฟังเสียงหายใจมีความผิดปกติ

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงระยะแรกผู้ป่วยภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก อาจมีอาการไม่ชัดเจน ไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ จนอาการรุนแรงขึ้น จะมีไข้ ไอมีเสมหะขาวหรือขุ่นข้นลักษณะสีเหลืองเขียว หายใจหอบเหนื่อย จนอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในบางรายที่มีโรคเรื้อรัง จะมีอาการของโรคนั้นๆ ร่วมด้วย เช่น มีหัวใจเต้นผิดจังหวะขึ้นได้ในผู้ที่มีปัญหาโรคหัวใจอยู่เดิม ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและมีความสามารถในการสื่อสารได้จำกัด อาจมีเพียงอาการไข้ต่ำๆ ซึมลงเพียงเล็กน้อย และระยะความรุนแรงของปอดอักเสบดำเนินรวดเร็วเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ร้อยละ 79 มาด้วยอาการเหนื่อย รองลงมา คือ ไข้ไอ เสมหะ ซึม หายใจลำบากเจ็บคอและน้อยที่สุดคือ น้ำมูก เมื่อจัดกลุ่มอาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ 2 อาการเป็นส่วนใหญ่ คือ มีไข้และเหนื่อย รองลงมา คือ ไข้และซึม เหนื่อยและซึม ไอและเจ็บคอ และ ไอและเหนื่อย ตามลำดับ มีพัฒนาเกณฑ์ของ Dr.Thomas J. Marrie เพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ 5 อาการ คือ เหนื่อย ไอ หายใจลำบาก มีเสมหะ เจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าหรือไอ และมีเกณฑ์ให้คะแนนเป็นแบบรูบริค (Scoring Rubrics) 6 ระดับ พบว่ามีเสมหะ (sputum) พบมากที่สุด เป็นระดับ 1 ต่อมาระดับ 2 คือ หายใจลำบาก (dyspnea) และส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยเพลีย (fatigue) มากที่สุด เป็นระดับ 3 อาการเหนื่อยล้าปานกลาง หายใจลำบากเล็กน้อย มีเสมหะน้อยมาก ไอ (cough) พบมากที่สุด คือ ระดับ 4 และอาการของโรคปอดอักเสบที่พบ

น้อยที่สุด คือ เจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าหรือไอ (pleuritic chest pain) ระดับ 0 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าหรือไอ[5]

ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

จากการสำลักในท่านั่งหรือท่ายืน พบบ่อยว่าเข้าสู่ปอดกลีบล่างข้างขวา (right lower lobe) ได้ง่ายกว่าปอดข้างซ้าย (left lower lobe) เนื่องจากหลอดลมขวาแยกทำมุมจากหลอดคอ 30 องศา และพบว่าการสำลักในเด็กจะมีโอกาสตกเข้าไปในปอดกลีบล่างทั้งสองข้างพอๆ กัน เพราะหลอดลมขวาและซ้ายทำมุมกับหลอดลมคอพอๆ กัน คือ 45 องศา สำหรับผู้ป่วยในท่านอนราบ ในผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียง พบสิ่งสำลักจะเข้าส่วนหลังของกลีบปอดบน (posterior segment of upper lobe) หรือส่วนบนของกลีบปอดล่าง (superior segment of lower lobe) โดยมีโอกาสเกิดขึ้นที่ปอดทั้งสองข้างเท่าๆ กัน

ภาพรังสีทรวงอกที่บอกถึงมีการอักเสบติดเชื้อในปอดจะประกอบไปด้วยลักษณะ กระจายไปทั่ว (Ground glass opacity), เป็นฝ้าทึบกระจายที่ปอดทั้ง 2 ข้าง (consolidation), มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (reticulation), มีจุดหรือก้อนในปอด (pulmonary nodule/mass) และอื่นๆ เช่น Pleural effusion, Pneumothorax ลักษณะการกระจายตัวที่ peripheral หรือกระจายตัวทั่วๆ ปอด

การส่องกล้องเพื่อทำการสวนล้างถุงลมปอด

Bronchoalveolar lavage (BAL) เป็นหัตถการที่มีการดูดน้ำไปล้างหลอดลมถุงลม เพื่อดูลักษณะและส่งตรวจ วิธีการโดยใส่ 0.9% Sodium chloride (NaCl) เข้าไปในหลอดลมส่วนปลายบริเวณที่มีพยาธิสภาพ แล้วดูดสารน้ำคืนกลับมาเพื่อส่งตรวจ

Bronchial wash เป็นหัตถการ ที่มีการใช้น้ำล้างหลอดลมขนาดใหญ่ วิธีการโดยใส่ 0.9% NaCl เข้าไปในหลอดลมที่มีพยาธิสภาพ แล้วดูดน้ำคืนมาเพื่อส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อต่อไป เช่น pneumonia จากเชื้อวัณโรค หรือเพื่อวินิจฉัยโรคปอดอื่นๆ เช่น interstitial lung disease, organizing pneumonia ตลอดจนประเมินความผิดปกติของหลอดลม ว่ามีก้อนหรือไม่, มีการตีบแคบ (tracheal stenosis) หรือไม่, bronchial stenosis, มีการยุบตัวหรือไม่ (tracheobronchomalacia)

ภายหลังส่องกล้อง ควรมีการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพให้งดอาหารและน้ำต่ออีกประมาณ 1-2 ชั่วโมง ให้มั่นใจว่ายาชาหมดฤทธิ์แล้วจึงรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก[8]

การรักษา

การรักษาเป็นการรักษาตามอาการและความรุนแรง แบ่งเป็น 2 แบบ คือ

1. การดูแลรักษาแก้ไขเกี่ยวกับปอดโดยตรง Guerin และคณะได้ศึกษาเปรียบเทียบการจัดท่าคว่ำกับท่านอนหงายในผู้ป่วย ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 36 ชม. และมีค่า PaO_2/FiO_2 น้อยกว่า 150 โดยกลุ่มที่ได้รับการจัดท่าคว่ำจะถูกจัดให้อยู่ในท่าคว่ำนานติดต่อกันอย่างน้อย 16 ชม. ต่อวัน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดท่าคว่ำ มีอัตราตายลดลง และมีจำนวนวันที่ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator - free days) ลดลง และอัตราการถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดท่าคว่ำอย่างมีนัยสำคัญ ด้านอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ อาหาร เช่น การใส่สายอาหาร ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลแผลกดทับ (Pressure Injury)

2. การให้ยาปฏิชีวนะ โดยส่งตรวจเสมหะ ย้อมดูชนิดเชื้อว่าจำนวนจุลินทรีย์เป็นชนิดใด และส่งเพาะเชื้อดูลักษณะการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ เพื่อใช้ในการเลือกชนิดของยาปฏิชีวนะให้ตรงกับเชื้อ และเหมาะสม ในกรณีอาการไม่รุนแรง อาจไม่ให้ยาปฏิชีวนะ ให้สังเกตอาการ และติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่ 48 ชม. หรือในรายที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงจนเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จะมีการตรวจเสมหะ ส่งผลเพาะเชื้อ ดูลักษณะการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ

การดูแลทั่วไป

โดยหลักที่ต้องระวัง คือ ต้องสามารถ maintain ทางเดินหายใจได้ สามารถกำจัดสิ่งที่ติดค้างในทางเดินหายใจส่วนบนออกได้ จะสามารถช่วยประคับประคองอาการผู้ป่วยได้ ในรายที่ไม่สามารถหายใจเองได้หรือมีระบบหายใจล้มเหลว ควรมีการประเมินเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจได้เหมาะสมและทันเวลา

การให้ยา glucocorticoids สามารถช่วยลดความรุนแรงได้ แต่ยังไม่มีขนาดของยาที่เป็นมาตรฐาน มีการศึกษา multicenter, double-blind, randomized, controlled trial ที่ได้ทำรวบรวมผู้ป่วยจำนวน 800 คน มีกลุ่มที่ได้รับยา hydrocortisone และกลุ่มรับยาหลอก พบว่ามีอัตราการต้อง

ใช้ท่อช่วยหายใจในการรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก อยู่ที่ร้อยละ 18 และ 29.5 ตามลำดับ จึงเชื่อว่าการรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อขั้นรุนแรง เมื่อให้ hydrocortisone แล้วช่วยให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดี และช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจได้ อีกทั้งลดโอกาสการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเชื้อดื้อยาได้ในทางอ้อมด้วย[14]

ในผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง การเฝ้าระวังติดตามอาการอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต เฝ้าระวังผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล ดังนี้

1. การเฝ้าระวังและประเมินสัญญาณชีพ โดยติดตามค่าความดันโลหิต ให้ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (mean arterial pressure หรือ MAP) ≥ 65 mmHg ประเมินการแลกเปลี่ยนอากาศและความอิ่มตัวของออกซิเจน เช่น อัตราการหายใจ ค่าออกซิเจนในเลือด อัตราการเต้นของชีพจร และระดับความรู้สึกตัว

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมงทันทีหลังจากที่เก็บเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อและจากแหล่งอื่นที่คาดว่าเป็นแหล่งของการติดเชื้อ เนื่องจากการบริหารยาปฏิชีวนะด้วยการเริ่มให้ใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับการวินิจฉัยสามารถทำให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น[15]

3. ดูแลให้สารน้ำ ตามการรักษาของทีมแก่ผู้ป่วย

4. ตรวจประเมินและบันทึก capillary refill เพื่อประเมิน tissue perfusion

5. ส่งตรวจ lactate level ตามการรักษา

6. ประเมินอาการและอาการแสดง พร้อมบันทึกให้ครอบคลุม รวมถึงการดูแลและรายงานภาวะวิกฤตต่างๆ เพื่อให้แพทย์ปรับแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุปการพยาบาลระยะวิกฤต พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ในการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) การหายใจ สมองและไต สามารถดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่ และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจได้เป็นอย่างดี อีกทั้งสามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนสามารถประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กรณีที่มีการให้ยากระตุ้นหัวใจหรือยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด ประเมินระดับความรู้สึกตัวรวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ต้องรายงานแพทย์ทันที[16]

ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS) เป็นความผิดปกติของระบบการหายใจที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ที่เกิดจากปอดอักเสบ มีโอกาสที่ปอดจะได้รับการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator- associated lung injury) ได้ สามารถดูแลเพื่อลดการเกิดปอดบาดเจ็บจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (lung protective strategy) แล้ว ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้การใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO) เข้ามามีบทบาทและมีจุดประสงค์เพื่อให้ปอดผู้ป่วยได้พักและลดการเกิดบาดเจ็บจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ[17]

การรักษาแบบประคับประคอง

คือ การดูแลให้พยาบาลตามอาการ เช่น การดูดเสมหะเพื่อไม่ให้คั่งและอุดกั้นทางเดินหายใจ บรรเทาความไม่สุขสบาย จากอาการไข้ไอและหายใจเหนื่อยหอบ ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยา พร้อมประเมินอาการไอและการหายใจ ให้ยาเพื่อบรรเทาอาการไอตามแผนการรักษา ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการประเมินสัญญาณชีพ รูปแบบการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการผิดปกติ หากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษาอย่างถูกต้องทันท่วงทีและเหมาะสม

การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินการกลืน อีกทั้งฝึกกลืน การดูแลความสะอาดช่องปากลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศา ตลอดเวลา หากจำเป็นต้องนอนราบ (supine) ควรจัดตะแคงหน้าผู้ป่วยไปทางด้านในด้านหนึ่งเสมอ อีกทั้งดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันของผู้ป่วยในช่องปาก กรณีผู้ป่วยมีแผลในช่องปากใช้ 0.9 % NSS ก่อนให้อาหารทางสายยาง ต้องตรวจสอบสายยางให้อยู่ในกระเพาะอาหาร การดูแลให้สายคงที่อยู่ในตำแหน่งเดิม หลีกเสี่ยงการดูดเสมหะทันทีหลังให้อาหาร

การให้ยาลดกรด

ในการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว มีการใส่ท่อช่วยหายใจ จะมีแนวทางปฏิบัติที่ใช้แพร่หลายวิสัญญีวิทยาที่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดการสำลัก คือ การให้ยากลุ่ม sodium citrate หรือ magnesium trisilicate เป็นยาลดกรด (antacids)[16] ในกลุ่มผู้ป่วยตั้งครรภ์ และมียาที่ช่วยลดความเป็นกรด อื่นๆ ที่ให้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาเรื่องปอดอักเสบจากการสำลัก ดังนี้

1. ยาที่มีสารประกอบแมกนีเซียมไฮดรอกไซด์ (magnesium hydroxide, $MgOH_2$) แมกนีเซียมไตรซิลิเกต (magnesium trisilicate) หรือแมกนีเซียมคาร์บอเนต (magnesium carbonate, $MgCO_3$) ที่ต้องระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคไต ส่วนใหญ่เป็นยาสามัญประจำบ้าน เช่น แอนตาซิล (Antacil) มาล็อกซ์ (Maalox) อะลัมมิลค์ (Alum milk)

2. ยาที่มีสารประกอบโซเดียมไบคาร์บอเนต (sodium bicarbonate, $NaHCO_3$) หรือโซดามินท์ (sodamint) เป็นยาลดกรดชนิดออกฤทธิ์เร็ว สามารถดูดซึมผ่านกระเพาะอาหารเข้าสู่กระแสเลือดได้ จึงอาจทำให้เลือดและปัสสาวะเกิดสภาวะเป็นด่างมากกว่าปกติ จนโซเดียมมากเกินในกระแสเลือดได้ เหมาะในการบรรเทาอาการกรดเกินหรือการระคายเคืองทางเดินอาหาร

3. กรดอัลจินิก (algenic acid) หรือโซเดียมแอลจิเนต (sodium alginate) ช่วยลดการระเหยของไอกรดไปที่ยังหลอดอาหาร ลดการระคายเคืองจากกรดในกระเพาะ มักใช้ร่วมกับยาลดกรดประเภทโซเดียมไบคาร์บอเนต

สรุป

ปอดอักเสบจากการสำลักเกิดได้ง่าย หากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม และพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีปัญหาหรือความบกพร่องการกลืน มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบหายใจเร็ว ความรุนแรงของโรค จะอยู่ที่อาหารหรือสิ่งที่สำลักเข้าไปรวมไปถึงความถี่บ่อยที่สำลัก โดยการตรวจรักษาจะเป็นการซักประวัติ ตรวจเสมหะ ส่งเสมหะเพาะเชื้อเพื่อให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุม เฝ้าระวังอาการนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ติดตามสัณญาณชีพแบบใกล้ชิดต้องในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้น การทราบถึงข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ป่วย การดูแลการดูดเสมหะ ลักษณะเสมหะ อีกทั้งประเมินเพื่อให้ออกซิเจนได้เหมาะสม จะสำคัญเป็นมาก ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบ และการมีกระบวนการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล และ ปอดอักเสบเมื่อใส่ท่อหายใจและเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล จะเป็นการดูแลที่ดี [21]

References

1. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
2. Piyapat D. Dysphagia in Elderly Journal Thai Rehabilitation Medicine 2013; 23(3): 73-80.
3. Winit L. Noraluk Ua. The effect of a clinical nursing practice guideline for oral care in critical patients with endotracheal tubes Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2016;27(1):98-113.
4. Suwimon T. Mingkwan W, et al. Preoperative or Pre-procedural Fasting Guidelines in Patients Undergoing Elective Surgery and Procedures by the Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Thai Journal Anesthesiol. 2021;47(4): 380-7.
5. Srivilai S, Pinyopasakul, W, et al. Aspiration pneumonia prevention in patients with acute stroke: Evidence-based nursing practice. Thai Journal of Nursing. 2014; 63(3):65–71.
6. Aphisit T. Assessment of Severity of Symptoms among Patients with Pneumonia in Medical Ward. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1): 483-93.
7. Benjamas Th. Effects of Using Nursing Practice Guideline for Ventilator Associated Pneumonia Prevention: Medical Department. The Journal of Baromarajonani College of Nusing Nakhonratchasima. 2019;25(1):284-97.
8. Monruethai D. Fexible bronchoscopy and Role of Assist Doctor. Thai Journal of Tuberculosis Chest Diseases and Critical Care. 2017;36(3): 85-92.

9. Taylor JK, Fleming GB, Singanayagam A, et al. Risk factors for aspiration in community-acquired pneumonia: analysis of a hospitalized UK cohort. The American Journal of Medicine. 2013; 126(11):995-1001.
10. Mandell LA, Niederman MS. Aspiration Pneumonia. The new england journal o f medicine. 2019; 380:651-63
11. Lo WL, Leu HB, et al. Dysphagia and risk of aspiration pneumonia: A nonrandomized, pair-matched cohort study. Journal of Dental Science. 2019;14:241-7.
12. DiBardino DM, Wunderink RG. Aspiration pneumonia: a review of modern trends. Journal of Critical Care. 2015;30:40-8.
13. François B, Cariou A, et al. Prevention of Early Ventilator- Associated Pneumonia after Cardiac Arrest. The new england journal of medicine. 2019;381:1831-42.
14. Wolfe JE, Bone RC, Ruth WE. Effects of corticosteroids in the treatment of patients with gastric aspiration. The American Journal of Medicine. 1977;63(5):719-22.
15. Ranjan. Ventilator-associated Pneumonia in a tertiary care intensive care unit: Analysis of incidence, risk factors and mortality. Indian Journal of Critical Care Medicine, 2014;18 (4):200-4.
16. Aspiration under anaesthesia: risk assessment and decision-making Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain Journal. 2014;14:171-5.
17. Karuno J. Development of Nursing Standard for Prevention of Ventilator Associated Pneumonia in Newborns. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017;37(1):105-16.
18. Makhnevich A, Feldhamer KH, et al. Aspiration Pneumonia in Older Adults. Journal of Hospital Medicine. 2019; 14:429-35.
19. Herzig SJ, LaSalvia MT, et al. Anti-psychotics and the Risk of Aspiration Pneumonia in Individuals Hospitalized for Non-psychiatric Conditions: A Cohort Study. Journal of American Geriatric Society. 2017; 65(12): 2580–6.
20. Perbet S, Mongardon N, Dumas F, et al. Early-onset pneumonia after cardiac arrest: characteristics, risk factors and influence on prognosis. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2011; 184:1048-54.
21. Cabre M, Serra-Prat M, et al. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. Age and Ageing. 2010; 39(1): 39-45.
22. Thepakorn S, Khochakorn P, et al. Continuous Quality Improvement for Prevention of Pulmonary Aspiration in Srinagarind Hospital. Thai Journal of Anesthesiology. 2015; 41(1): 24-31.

โฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า: เชื่อถือได้หรือไม่

Electronic cigarette advertisements: Are they trustable?

กันยพัชร์ เศรษฐ์โชฎึก* ภัทรา เผือกพันธ์[1]
Kanyaphat Setchoduk* Patra Phuekphan[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240
[1]Faculty of Nursing Science, Assumption University, Bangkok, Thailand, 10240

บทคัดย่อ

ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความเกี่ยวข้องจากการรณรงค์ทางการตลาดและการโฆษณาจากอุตสาหกรรมยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบได้คิดค้นและพัฒนาอุปกรณ์บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเพื่อผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบที่สะดวก ก่อให้เกิดการเสพติดสูง สามารถใช้กันได้อย่างแพร่หลายทั่วโลก อุตสาหกรรมยาสูบใช้ช่องทางการสื่อสารเพื่อนำเสนอผลิตภัณฑ์ยาสูบที่แตกต่างกัน เพื่อดึงดูดความสนใจของเยาวชน เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ สื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ และวิทยุ ผ่านกลยุทธ์การโฆษณาที่หลากหลาย เช่น การโฆษณารสชาติที่หลากหลายของบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งคิดค้นมาให้ดึงดูดใจเยาวชนโดยเฉพาะ รูปลักษณ์และสีสันที่สดใสของอุปกรณ์บุหรี่ไฟฟ้า การแสดงภาพการใช้บุหรี่ไฟฟ้าโดยผู้มีอิทธิพลในสื่อสังคมออนไลน์ อุตสาหกรรมยาสูบได้นำเสนอข้อมูลอันเป็นเท็จต่อสาธารณชนอย่างต่อเนื่องทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อดึงดูดและชักชวนเยาวชนให้ทดลองและใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อสุขภาพ ซึ่งตรงกันข้ามกับข้อเท็จจริงที่ได้รับการยืนยันจากการศึกษามากมายว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีผลต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อีกทั้งมีผลในการเสพติดนิโคตินอีกด้วย ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพตลอดจนผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญในการควบคุมการตลาดและการโฆษณาที่บิดเบือนข้อเท็จจริงของบุหรี่ไฟฟ้าจากอุสาหกรรมยาสูบ

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า โฆษณา การตลาด อุตสาหกรรมยาสูบ

Abstract

The prevalence of e-cigarette use or vaping among youths has constantly increased worldwide which has been proven to be associated with massive marketing and advertising campaigns from the tobacco industry. This article aimed to present key facts that the public should be aware of e-cigarette use and the marketing tactics which have been used to advertise e-cigarettes by the tobacco industry. The tobacco industry has quickly and continuously innovated and developed e-cigarette devices and related products to produce highly addictive and world widely utilizable tobacco products to facilitate and motivate vapers' use. The tobacco industry has used different communication channels to attract the attention of youths such as social media, print, TV, and radio to deliver messages about its products by using a variety of advertising tactics such as the myriad of flavors that specifically appeal to youths, the appearance of vibrant colors of the e-cigarette devices, a portrayal of e-cigarette used by social media influencers or celebrities, etc. The tobacco

Corresponding Author: Email:
*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

วันที่รับ (received) 16 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 มี.ค. 2567

industry has continuously conveyed significant misrepresentation of information to the public to attract and persuade youths to try and use e-cigarettes and related products in both direct and indirect ways without concern of its substantial effects on health, contrasting with the facts, e-cigarette use has confirmed from numerous studies regarding the potential for various short- and long-term health effects as well as nicotine addiction. Therefore, healthcare providers and policymakers should seriously control the marketing and advertising of distorting information about e-cigarettes and related products by the tobacco industry.

Keywords: Electronic cigarette, Advertisement, Marketing, Tobacco industry

Introduction

The World Health Organization (WHO) has recently launched a new campaign entitled "Stop the lies" which mainly emphasizes the tactics of the tobacco industry in marketing and advertising tobacco products, particularly in electronic cigarettes (e-cigarettes) which are especially targeting the children and youths. The issues of public awareness of youth's health protection and tobacco industry interference in tobacco control policies have been globally raised[1].

The use of e-cigarettes or vaping among youths and young adults has constantly increased worldwide and it was proven to be driven by massive advertising campaigns from the tobacco industry[2]. The exposure to advertisements of e-cigarettes on various mediums, i.e., social media, websites, gas stations, and convenience stores has been confirmed to be significantly associated with e-cigarette use among youths even though in a group of e-cigarettes naive[3]. There are numerous tactics that the tobacco industry tries to lie to the public for decades by spreading misinformation through social media influencers, sponsoring the events, funding biased research, and promoting corporate social responsibility initiatives etc,[1] Thus, we cannot ignore the influences and impacts of deadly tobacco industry advertisements misleading the perception of the children and youths who are our future generation to believe that e-cigarette is a safer option for their health. This article intently disclosed the information regarding e-cigarette and related product use, key facts that the public should be aware of e-cigarette, and marketing tactics which have been used to advertise e-cigarettes. This information is beneficial for all healthcare providers, policymakers, and other readers to knowingly recognize the effects of e-cigarette use, be aware of its consequences which include physical, mental, economical, social, and ecological aspects, and not be victims to believe in distorted information delivered from the tobacco industry.

This article aims to explore the facts of e-cigarette use, and tactics of the tobacco industry used in marketing and advertising e-cigarettes and related products to raise awareness of healthcare professionals as well as policymakers to find the solutions in both national and global levels to counter the tobacco industry.

What are electronic cigarettes and how have it been developed?

The electronic cigarettes (e-cigarettes), also called Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS) or vaping, are battery-operated devices that generate heat by the battery to produce an aerosol of liquid solution mainly containing liquid nicotine and myriad chemical substances. The e-cigarettes operate by three main basic components including (1) a battery to generate heat, (2) a metal heating element, and a liquid solution[4].

E-cigarettes first emerged in tobacco markets in the early 2000s as a safer option with a specific purpose for smoking cessation aid to combustible cigarettes (traditional or conventional cigarettes)[2, 5, 6]. In the past almost 3 decades since e-cigarettes were introduced to the public, it has been progressively innovated and developed in four generations to serve the needs and satisfaction of the users or vapers[4]. The first generation of e-cigarettes was called a "cig-alike" or "cigalikes"[7] which was intentionally created for smoking cessation by a Chinese pharmacist named Hon Lik. The first generation of e-cigarettes was created to imitate the appearance of combustible cigarettes of the same size and had a red light-emitting diode (LED) at the end of the e-cigarette body[2]. This generation of e-cigarettes are commonly disposable or reloadable cartridges for repeated use[7].

The second generation of e-cigarettes called "vape pens" or "the pen-like shape" were designed to create a larger battery and a refillable tank system for e-liquids allowed the vapers to fill and refill varying nicotine strengths and flavorings. The refillable tank system caused the explosion of the e-liquid industry and availability of unregulated flavors as well as other e-liquid substances such as tetrahydrocannabinol (THC) oils, the active component of cannabis[2, 4, 8].

The third generation of e-cigarettes is commonly known as modifiable ("mods") or personal vaporizers because the wattage and voltage are modifiable[7]. This generation was innovatively combined with a tank system with a larger battery providing a bigger amount of electrical power to the liquid, less frequent need for battery charging, greater aerosol, and faster nicotine delivery to the vapers compared to the previous generations[4]. The most current generation of e-cigarettes, the fourth generation, was called "pod-style" e-cigarettes[4] or "pod-mod" devices[6]. Up until now, "JUUL" has been the most popular e-cigarette product of this generation which is specially designed to attract particularly the youth users. These novel e-cigarette devices have small sleek design, rectangular, user-friendly function, and look like a computer thumb drive which were portable, accessible, be able to surreptitiously used in place where smoking is forbidden and offer numerous of desirable flavors[4], [6, 7]. In addition, benzoic acid was used to mix with an e-liquid solution to lower the chemical pH nicotine resulting in less harshness on the throat and more fascinating to the vapers[4]. Lately, more technological advances of e-cigarette products have been established from the tobacco industry such as car fobs, coffee cups, credit cards, mobile phones, or tic-tac boxes. Surprisingly, some e-cigarette devices were designed to look like asthma inhalers[5].

The quick and constant development of e-cigarette devices and related products of the tobacco industry has demonstrated a strong standpoint to create highly addictive, world widely utilizable, and profitable tobacco products to facilitate public use, unfortunately, especially targeted youths who are our future generation[4].

What key facts should the public be aware of e-cigarette use?

The tobacco industry firms have betrayed the public trust by continuously conveying significant misrepresentation of information to the public by using numerous tactics of marketing and advertising causing an epidemic of smoking-related diseases among young people4. The key facts about e-cigarettes that should the public be aware are include harm-related e-cigarette use, nicotine addiction, and the effectiveness of tobacco cessation by using e-cigarettes.

Besides the e-cigarette devices, the major component of the e-cigarette that is used to create

vaporization is e-liquid or e-juice[7]. There are at least 3 main ingredients contained in e-liquid which, either by using alone or in combination, evidently proved to have potential health risks to the vapers, including psychoactive agents known as nicotine, solvents, and flavoring compounds[2, 7].

The first main ingredient of e-liquid is nicotine. There are two chemical formulations of nicotine in e-liquid which are nicotine freebase or pure nicotine and nicotine salt. Nicotine salt is currently a preferable formulation because the use of high concentrations of nicotine freebase is unpleasant. The mixing of nicotine salt with benzoic acid allows e-liquid formulation to contain higher nicotine concentrations (up to 50 mg/mL) resulting in increasing potential for nicotine addiction among the vapers[2].

The second ingredient of e-liquid is a solvent containing propylene glycol (PG) and vegetable glycerin (VG) which primarily affects the vaporization or cloud formation[5, 6, 8].

The third ingredient of e-liquid is flavoring compounds. There are over 7,000 commercially available e-liquid flavoring agents with uncertain toxicologic profiles. There are several health concerns of proprietary blends of flavoring chemicals mixed in e-liquid, i.e., diacetyl (2,3-butanediol) which was found associated with bronchiolitis obliterans, terpenes which was found associated with lung necrosis in pediatric clients, and vitamin E acetate (or tocopheryl acetate) commonly used for THC e-liquid which strongly associated with E-cigarette or Vaping used-associated with Lung Injury (EVALI). Moreover, e-liquid also contained small amounts of other chemical substances and heavy metals considered as toxic or carcinogenic substances such as acrolein, acetaldehyde, nickel, and lead[5, 8]. In addition, there is a high concern about numerous unregulated, customized, and homemade e-liquids used and selling via social media which completely unknown the ingredients as well as health effects to the vapers[2] together with an application and combination of e-liquid contained other addict substances such as marijuana and methamphetamine with e-cigarettes for vaping[7].

Based on the main chemical components of e-cigarettes, the evidence-based information has confirmed that e-cigarettes or vaping caused various pathologic effects in both short- and long-term to the users[6]. The most common short-term adverse health effects associated with e-cigarette use include mild irritation of the mouth and throat, headache, dry cough, and nausea[6]. Moreover, the most common serious health concern of e-cigarette use is e-cigarette-associated lung injury specifically called EVALI. Over 2,800 cases of lung injury with more than 60 confirmed deaths from e-cigarette use had been reported to the Center for Disease Control and Prevention (CDC), USA since 2019[2]. EVALI, a sterile inflammatory pneumonitis, usually presents to the hospital with cough, chest pain, and dyspnea leading to hospitalization and even death[8]. The pathophysiologic changes regarding EVALI according to the criteria of the CDC include recent vaping, pulmonary infiltration on chest imaging, and the absence of pulmonary infection. In addition, it has been found that most EVALI cases used e-liquids added with THC or nicotine which usually contained vitamin E acetate commonly purchased from non-regulated sources such as black/gray markets[2].

Obstructive lung diseases are another health concern among vapers. There were studies showing that e-cigarettes were associated with increased probabilities of asthma, cough and bronchitis in youths who use e-cigarettes[7] as respiratory function was disturbed by e-cigarette aerosols containing various carcinogenic and irritating substances[8]. Moreover, in animal studies,

increased airway hyperreactivity, cytokine expression, protease expression, mucin production, and distal airway enlargement were found in mice exposed to e-cigarette fluid[2].

As we have known for decades, there are various significant cardiovascular effects from combustible cigarettes such as increased risk of myocardial infarctions, chronic vascular disease, and heart failure. Increased heart rate, raised blood pressure, signs of oxidative stress, and impaired vascular flow have also been found associated with e-cigarette use resulting in increased risk of cardiovascular diseases as well as in combustible cigarettes[2,7].

Another problematic health issue of e-cigarette use among youths is the potential for long-term effects on brain development and behavior as well as increased risk of mood and attention symptoms. Nicotine acetylcholine receptors control critical aspects of brain development and exposure to nicotine, even in low doses, can negatively affect brain development resulting in cognitive problems and increased dose of nicotine use later in life[6].

Moreover, passive exposure to e-cigarette emissions also caused pulmonary and extrapulmonary risks. The exposure to secondhand smoke from e-cigarettes has been found to induce asthma exacerbation, pulmonary inflammation, and increased serum cotinine concentration among people with passive e-cigarette exposure similar to that of combustible cigarettes[2].

In terms of nicotine addiction concerns from e-cigarette use, most e-liquid contains a variety of nicotine strengths between 15 and 50 mg/mL. Self-administering of different nicotine strengths can lead to nicotine toxicity and potential nicotine overdose among youths in which high amounts of nicotine can be absorbed in a short period. Regular consumption of nicotine through e-cigarettes can lead to nicotine withdrawal symptoms which can be found after as little as a few weeks of e-cigarette use and it can disturb the normal daily functioning of the vapers[8]. The levels of nicotine tested by urine sample among youths who are exclusive e-cigarette users were very high (ranged from 135 – 906 ng/ml in different brands of e-cigarettes in the pod system, i.e., JUUL, Bo, Phix) and higher than among exclusive combustible cigarette users[5, 7].

Even though e-cigarettes were created as a tobacco cessation method for combustible cigarettes, there is limited and insufficient evidence regarding the ability and effectiveness of e-cigarettes to promote tobacco cessation compared with no treatment or with other cessation treatments suggested by US Food and Drug Administration (FDA), thus, scientific evidence has no longer supported the effectiveness of e-cigarettes in aiding tobacco cessation[5, 7].

Therefore, based on the facts of e-cigarettes mentioned earlier, the public should be aware that e-cigarette use has confirmed the potential of short-term and long-term health effects for youths as well as the potential for nicotine addiction unless proven otherwise. In addition, e-cigarettes should not be used or recommended as an option for tobacco cessation in all age groups of smokers.

What marketing tactics have been used to advertise e-cigarettes?

The substantially increased prevalence of e-cigarette use among adolescents and adults worldwide has been significantly associated with the massive advertisements from the tobacco industry[9, 10, 11, 12]. Since e-cigarettes have been globally appearing to the public, the tobacco industry has uses various innovative marketing tactics to attract adolescents and young adults to try and use them[2]. In 2021, the tobacco industry has reached approximately 20.4 billion US dollars of market value

globally in e-cigarettes and it was projected to continue rapidly grow to reach about 30 billion US dollars by 2027 through significant increases in expenditure for marketing communication to the customers both non-vapers and current vapers in order to inform, persuade, and remind them in both direct and indirect ways about the e-cigarette products and brands they sell. For instance, in the popularity of the Juul vape brand in the first half of 2019, there were 104 million US dollars spent on advertising of this product across several communication channels[13]. In the USA, the majority of e-cigarette advertising expenditures were concentrated on print (58.9%), TV, (20.6%), and radio (14.4%) which peaked in 2018/2019 and suddenly declined in 2020 due to the implementation of the tobacco federal policy called Tobacco 21[12]. The tobacco industry has shown the intention to interfere with the public health activities of e-cigarettes. A study has revealed that much more advertisements and commercial messages were tweeted or delivered on Twitter platform by the tobacco industry especially on days with important announcements by the FDA, doing this, may alter the information shared by the FDA[14].

One tactic of e-cigarette advertisement campaigns especially targeting youths who are curious to know and try a new thing is a variety of flavors or "flavored cigarettes". This is a significantly different smoking experience that vapers receive from e-cigarettes, especially those who dislike the taste, smell, and harshness of combustible cigarettes[6]. There are numerous flavors advertised on social media and websites to persuade vapers to explore a new experience of vaping. Moreover, new custom flavorings of e-cigarettes have emerged on the market almost every day offering vapers to try such as chocolate marshmallows, strawberry vanilla cupcake milkshakes, and half-baked snickerdoodle[2]. One study assessed the youths about their perception regarding the flavoring of e-cigarettes and found that they perceived that the tobacco and e-liquid industries used a variety flavor to appeal to youths especially the sweet and fruity flavors such as ice-cream, sweetie, grape, and blueberry[15].

In addition to the production of numerous hazardous e-liquid flavors, another tactic that the tobacco industry uses to advertise e-cigarette products with the intention to attract youths' attention to use e-cigarettes is the appearance of vibrant colors of the e-cigarette devices. Bright and positive colors of e-cigarette devices such as pink and green were designed and advertised on social media which drew the youths' attention to stop and look at the post about its appearance even among never or non-vapers[15]. Moreover, large, flashy devices which are usually combined with e-liquid to produce an opaque vapor cloud can also appeal and influence the vapers to try on it. The demonstration of vaping tricks on how to form large clouds and shapes was found in thousands of online videos that are fascinating to youth vapers[2].

The tobacco industry used diverse words and messages in marketing communication of e-cigarettes. One study concluded 10 key messages (17 sub-messages) found on various communication channels regarding e-cigarettes which include cessation (smoking cessation), Health-related benefits (health benefits/claims, harm reduction, healthy image), sociability/lifestyle (sociability, success, lifestyle), use experience (enjoying vaping (everywhere), taste/flavor), product characteristics (product design, quality/certification), price (discount or price advantage), youth (youth-resonant information), warnings/disclaimers (health disclaimers/warnings, age restriction), purchase information (information for easy purchase), and others (miscellaneous information). All of the messages the tobacco industry released to the

public seemed to mislead the customers, especially youths, to believe that e-cigarettes were safe, socialized, effective tobacco cessation tools, and harm reduction, while, without scientific evidence support. In addition, the communication channels of e-cigarette advertising included Internet, print, point of sale (POS)/ retail stores, and TV/movie/radio. The marketing communication strategies used were advertising, public relations, sales promotion, and personal selling[13].

Social media influencers or celebrities who have a huge following on the social media platforms were frequently used by the tobacco industry as another tactic to advertise e-cigarette products to the youth. Nowadays social media is a popular communication channel used by youths and messages conveyed via this channel have high power to influence the viewers, especially youths, to believe as they are portrayed. The portrayal as 'cool' and 'fashionable' while using e-cigarettes was a common way of communication by social media influencers. Moreover, the tobacco industry has used emotional connections and positive portrayals of e-cigarettes when communicating with customers through social media. Social media influencers or general people posted something regarding e-cigarette use in a way that presented feelings of 'looked happy' while using e-cigarettes or posting text by using some emojis to enhance the message's meaning and draw more attention from the viewers[15].

The exposure of e-cigarette advertisements appears to be significantly positively associated with an increasing rate of e-cigarette initiation and use among youths[11, 12], thus the public policies and regulations to control the advertisement of e-cigarettes by using high power influencers via common communication channels among youths such as social media should be initiated and strengthened.

Conclusion and recommendation

The tobacco industry has used different communication channels and a variety of advertising tactics to convey distorted information to the public to attract and persuade youths to try and use e-cigarettes. Based on the scientific evidence, e-cigarette use has been evidently confirmed to have the potential for various short- and long-term health effects and also cause nicotine addiction. Therefore, it's crucial for national and international policymakers and all healthcare disciplines especially professional nurses in knowingly understand the marketing tactics to protect next generation by collaborating in stopping the tobacco industry from lying to the public as the WHO campaign, ***"Stop the lies"*** [1, 16].

- **Recommendation for public health policy:** Tobacco control policy should be strengthened and extended to regulate digital advertising and marketing of e-cigarettes and related products including promoting of information about the harmful effects of e-cigarettes and secondhand smoke from e-cigarettes to the vapers and others as well as countering the interference of tobacco policy from the tobacco industry.

- **Recommendation for practice and implementation:** Healthcare professionals should initiate proactive, aggressive, and practical health education to provide fact information about e-cigarettes to children and youths to be aware of its effects to the health, economic, and society caused by e-cigarette use. This information will also be an immune for them when faced with advertisements from different unregulated communication channels.

- **Recommendation for further research:** The research aimed to explore the effectiveness of e-cigarette prevention program specially designed for children and youths should be initiated and implemented.

References

1. World Health Organization. New WHO campaign highlights tobacco industry tactics to influence public health policies. Geneva: 2024.
2. Overbeek DL, Kass AP, Chiel LE, Boyer EW, Casey AMH. A review of toxic effects of electronic cigarettes/vaping in adolescents and young adults. Critical Reviews in Toxicology. 2020; 50(6): 531-8.
3. Sun T, Vu G, Lim CCW, Johnson B, Stjepanović D, Leung J, Connor JP, Gartner C, Hall WD, Chan GCK. Longitudinal association between exposure to e-cigarette advertising and youth e-cigarette use in the United States. Addictive behaviors. 2023; 146: 107810.
4. Baldassarri SR. Electronic cigarettes: Past, present, and future: What clinicians need to know. Clinics in Chest Medicine. 2020;41(4):797-807. doi: 10.1016/j.ccm.2020.08.018.
5. Jenssen BP, Wilson KM. What is new in electronic-cigarettes research? Current Opinion in Pediatrics. 2019; 31(2): 262-6.
6. Fadus MC, Smith TT, Squeglia LM. The rise of e-cigarettes, pod mod devices, and JUUL among youth: Factors influencing use, health implications, and downstream effects. Drug and Alcohol Dependence. 2019; 201: 85-93.
7. Walley SC, Wilson KM, Winickoff JP, Groner J. A public health crisis: Electronic cigarettes, vape, and JUUL. Pediatrics. 2019; 143(6):e20182741.
8. Bhave SY, Chadi N. E-cigarettes and vaping: A global risk for adolescents. Indian pediatrics. 2021; 58(4): 315-9.
9. Ali FRM, Dave DM, Colman GJ, Wang X, Saffer H, Marynak KL, Dench D, Grossman M. Association of e-cigarette advertising with e-cigarette and cigarette use among US adults. Addiction. 2021; 116(5):1212-23.
10. Pokhrel P, Kawamoto CT, Pagano I, Herzog TA. Trajectories of e-cigarette advertising exposure, e-cigarette use and cigarette smoking in a sample of young adults from Hawaii. Addiction. 2022; 117(7): 2015-26.
11. Wang Y, Duan Z, Weaver SR, Self-Brown SR, Ashley DL, Emery SL, Huang J. Association of e-cigarette advertising, parental Influence, and peer Influence with US adolescent e-cigarette use. JAMA Network Open. 2022; 5(9): e2233938.
12. Ozga JE, Stroup AM, Abadi MH, Cheney MK, Majmundar A, Garrison KA, Chen-Sankey J, Shamblen S, Dunlap C, Stanton CA. E-cigarette marketing expenditures in the United States from 2016 to 2021: Targeted media outlets geared toward people who are at increased risk for tobacco use. Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2023; 25(3): 581-5.
13. Lyu JC, Huang P, Jiang N, Ling PM. A systematic review of e-cigarette marketing communication: Messages, communication channels, and strategies. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(15): 9263.
14. Ezike NC, Ames Boykin A, Dobbs PD, Mai H, Primack BA. Exploring factors that predict marketing of e-cigarette products on Twitter: Infodemiology approach using time series. JMIR Infodemiology. 2022; 2(2): e37412.
15. Smith MJ, Hilton S. Youth's exposure to and engagement with e-cigarette marketing on social media: a UK focus group study. BMJ Open. 2023;13(8): e071270.
16. Jaroenjitkul C, Prasertsong C. E-cigarette: Silent dangers to youth. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015; 15(3): 149-54. (in Thai)

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

The Cardiovascular Diseases Risk among the Akha Ethnic Group in Mae Suai District, Chiang Rai Province

จิตราภรณ์ สุทธิพงศ์* วิภาดา ศรีมันทยามาศ พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์
Chittraphorn Suthipong* Vipada Srimantayamas Pimrat Boonyapuk
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ประเทศไทย 51700
School of Nursing, Mae Fah Luang University ChaingRai Thailand 51700

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระยะเวลาสิบปีข้างหน้าของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จำนวน 128 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกปัจจัยการเกิดโรค แบบประเมินความเครียด ST5 และแอปพลิเคชัน Thai CV risk score ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการเกิดโรคและปัจจัยเสี่ยง

พบว่าตัวอย่างกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ร้อยละ 77.30 มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปีข้างหน้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 15.60 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.00 อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3.48 เท่า ของปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้า

เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีกสิบปีข้างหน้าบุคคลกรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต การบริโภคที่ถูกต้อง การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลดความเครียด และงดสูบบุหรี่

คำสำคัญ: ชาติพันธุ์อาข่า, โรคหัวใจและหลอดเลือด, ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระยะเวลาสิบปีข้างหน้า

Abstract

Cardiovascular diseases present a significant health challenge within the Akha ethnic community. This prospective observational study seeks to evaluate the risk factors for cardiovascular diseases over the next ten years among the Akha population in the Mae Suai district, Chiang Rai province. Employing a simple random sampling method, 128 individuals were included in the study. The research utilized various tools, including personal data records, assessments of disease risk factors, Stress Test 5 (ST5) evaluations, and the Thai CV risk score application from Ramathibodi Hospital's Faculty of Medicine.The statistical analysis encompassed both descriptive and inferential methods, investigating the relationships between disease occurrence and various risk factors.

Corresponding Author: *E-mail: chittraphorn.sut@mfu.ac.th

วันที่รับ (received) 18 พ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accept) 30 ธ.ค. 2566

Findings indicated that 77.30% of the Akha ethnic group faced the risk of cardiovascular diseases over the next ten years, with 15.60% in the moderate risk category and 7.00% at high risk. Notably, individuals with hypertension exhibited a 3.48 times higher risk of developing cardiovascular diseases compared to other the risk of cardiovascular diseases over the next ten years.

To proactively address the risk of cardiovascular diseases over the next ten years, health promotion initiatives should concentrate on heightening awareness about blood pressure control, proper nutrition, stress reduction, regular exercise, and smoking cessation among individuals in the Akha ethnic group. These targeted efforts aim to empower the community with knowledge and preventive strategies, fostering a healthier cardiovascular profile for the Akha population in the years to come.

Keyword: Akha Ethnic Group, cardiovascular disease, the risk of cardiovascular disease within the next ten years

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 17.9 ล้านคนทั่วโลก (44% ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้งหมด)[1] ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรค ได้แก่ การเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ และภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างตามเพศและอายุที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง[2] ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 2.3 เท่า และโรคหลอดเลือดสมอง 1.8 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เป็น[3] ในผู้ที่อายุ 40-69 ปี จะมีความเสี่ยงเป็นสองเท่าต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองเมื่อความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้น[4] การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในคนไทยปัจจุบัน[5] ซึ่งพบว่าความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลาสิบปีสูงเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และจะสูงเป็นห้าเท่าถ้าผู้ที่สูบอายุน้อยกว่า 50 ปี[6] ผู้ที่อ้วนหรือน้ำหนักเกิน (อายุระหว่าง 39-75 ปี) ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) สูงกว่า 30 kg/m^2 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงเป็น 1.8 เท่าในผู้หญิง และ 2.2 เท่าในผู้ชาย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่อ้วนในเพศเดียวกัน รวมถึงการมีไขมันบริเวณหน้าท้อง (Abdominal adiposity) ซึ่งวัดด้วยการใช้ความยาวเส้นรอบเอว (Waist circumstance: WC) สูงกว่า 88 เซนติเมตร ในเพศหญิง และ 102 เซนติเมตร ในเพศชาย พบว่า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงเป็น 2.8 เท่า และ 2.3 เท่าตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับเพศเดียวกันที่มีค่า WC น้อยกว่า 84 เซนติเมตร[7]

ในประเทศไทยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานสถิติจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 พบว่า ในปี พ.ศ. 2555 และ 2559 อัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 23.5 เป็น 32.3 (ต่อประชากร 100,000 คน) และจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31.1 เป็น 48.7 (ต่อประชากร 100,000 คน) สำหรับสถานการณ์ CVD ในจังหวัดเชียงราย พบว่า มีอัตราผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 374.7 ต่อประชากร 100,000 คน และโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 382.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งสถิตินี้มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี8 และอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 27.1 และ 41.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการปี พ.ศ. 2560 ให้มีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk assessment) ในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งถ้าพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงจะต้องได้รับการให้คำปรึกษาจากบุคลากรด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดตามปัจจัยเสี่ยง และได้รับการประเมิน CVD risk ซ้ำอย่างต่อเนื่อง[9]

การประเมิน CVD risk ของแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นโปรแกรมค้นหาความเสี่ยง การเกิด CVD ระยะเวลาสิบปีข้างหน้าซึ่งแสดงผลออกมาเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ทันที ทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้และ

ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิด CVD นำไปสู่การควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ซึ่งจะสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ประชาชนไทยมีส่วนร่วมและมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้ลดภาวะการเจ็บป่วย เสียชีวิต และทุพลภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้

ชาติพันธุ์อาข่า (Akha) เป็นหนึ่งในกลุ่มชาติพันธุ์เผ่าที่อาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดในจังหวัดเชียงราย (ประมาณ 60,000 คน, 37% ของกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงราย) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักจะถูกลิดรอนสิทธิ์ต่างๆ รวมถึงสิทธิ์ในการใช้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีสถานะทางกฎหมาย ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถเข้าใช้บริการในสถานพยาบาลได้ เช่น ขาดโอกาสเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีดัง กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าจึงไม่ทราบปัญหาทางด้านสุขภาพของตนเองในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าจึงส่งผลให้ขาดโอกาสในการได้รับการส่งเสริมป้องกัน ดูแลรักษา นอกจากนี้แล้วจากการวิจัยเชิงคุณภาพของความไม่เทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงรายปี 2559 พบว่าอุปสรรคสำคัญที่ทำให้มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสุขภาพได้ ได้แก่ ปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสารเนื่องจากพูดภาษาไทยไม่ได้ สถานบริการสุขภาพตั้งอยู่ห่างไกลจากถิ่นที่อยู่ การคมนาคมไม่สะดวก[10] นอกจากนี้พบว่าชาติพันธุ์อาข่าทั้งผู้ชายและผู้หญิงอายุ ≥26 ปี ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เพราะไม่ได้เรียนหนังสือ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการออกกำลังไม่สม่ำเสมอ รวมถึงความแตกฉานด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเป็นต้น[11] ซึ่งสาเหตุปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้

ดังนั้นการวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระยะเวลาสิบปีข้างหน้า (10-year CVD risk assessment)ในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าเชิงรุก โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปสู่การวางแผนนโยบายและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการบริการและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค CVD ในอนาคต เพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระยะเวลาสิบปีข้างหน้าของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้นำมาจากส่วนหนึ่งของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (Community Based Intervention for NCDs Controlling: CBI NCDs) ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข9 โดยงานวิจัยนี้จะเน้นหนักที่การป้องการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ ประกอบด้วย การเฝ้าระวังการเกิดโรคด้วยประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตอย่างต่อเนื่อง การสร้างความตระหนักและเรียนรู้เพื่อความคุมปัจจัยเสี่ยงหลักต่างๆ และค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางและสูงต่อการเกิดโรคเพื่อส่งต่อการดูแลที่เหมาะสม ส่วนการปรับเปลี่ยนบริการพื้นฐานเพื่อให้มีความสะดวกและเหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าซึ่งอยู่ไกลจากสถานบริการนั้นประกอบด้วย การเข้าตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยงแบบเคลื่อนที่ และนำประโยชน์ของเทคโนโลยีเข้ามาใช้เพื่อความสะดวกในการให้บริการซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 15 ธันวาคม 2565- 31 มกราคม พ.ศ. 2566

ประชากรเป้าหมาย คือกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าอายุ 35-70 ปีที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าอายุ 35-70 ปีที่อาศัยอยู่ใน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย จำนวน 115 คน โดยใช้สูตรการคำนวณแบบ G* Power 3[12] กำหนดขนาดอิทธิพลที่ effect size เป็น 0.25 (medium) จากคำแนะนำของ Cohen (1988) α = 0.05 power = 0.95 ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของโครงการวิจัยและตกลงยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยคาดว่าอาจมีการสูญหายของข้อมูล (drop out) ร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 128 คน

โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับสลาก

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกโครงการวิจัย (inclusion and exclusion criteria) เกณฑ์การคัดเข้า คือ กลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อายุระหว่าง 35-70 ปี และไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มชาติพันธุ์อาข่า มีอายุน้อยกว่า 35 ปี หรือมากกว่า 70 ปี เป็นหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากส่วนบริหารงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รหัสโครงการ EC 136/2565 วันที่อนุมัติ 6 ธันวาคม 2565 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 5 ธันวาคม 2566 และได้รับการอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่จากนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รหัสโครงการ เลขที่หนังสือ ที่ ชร 0033.010/9518 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ชื่อ-สกุล วันเดือนปีเกิด อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ภาษาที่ใช้ ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อปี การมีโทรศัพท์ใช้ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และสิทธิบัตรที่ใช้ในการรับบริการสุขภาพ แปลโดยผ่านล่ามภาษาอาข่าซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาลในชุมชน

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัจจัยการเกิดโรค ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต ความยาวรอบเอว และข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรับบริการสุขภาพ แหล่งที่อยู่อาศัยและมลพิษ อุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ และแหล่งการให้บริการสุขภาพที่ใช้ประจำ โดยผ่านล่ามภาษาอาข่าที่ซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาลในชุมชน

3. แบบประเมินความเครียด ST5 ของกรมสุขภาพจิต 5 ข้อ 1. ปัญหาการนอนหลับ นอนไม่หลับหรือนอนน้อย 2. มีสมาธิลดลง 3. หงุดหงิด/กระวนกระวาย/วุ่นวายใจ 4. รู้สึกเบื่อเซ็ง 5. ไม่อยากพบปะผู้คน โดยผ่านล่ามภาษาอาข่าซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาลในชุมชน

4. โปรแกรมประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจระยะเวลาสิบปีข้างหน้า ใช้ Thai CV risk score application ของคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โปรแกรมนี้เหมาะสำหรับใช้ในประชาชนทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 35-70 ปี ซึ่งผู้วิจัยจะใช้การประเมินความเสี่ยงแบบไม่มีผลเลือด ดังนั้นข้อมูลที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงประกอบด้วย อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นเบาหวาน ค่าความดันซิสโตลิก และจะใช้ความยาวเส้นรอบเอวและส่วนสูงแทนค่าระดับไขมันในเลือดแทน โปรแกรมนี้จะคำนวณและแสดงค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นเปอร์เซ็นต์ โดยล่ามภาษาอาข่าเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียด

5. สายวัดรอบเอว ที่ส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟัง และเครื่องชั่งน้ำหนัก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) โดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และ 0.93 ตามลำดับ นำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.85 เครื่องมือ Thai CV risk score ของคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นเครื่องมือประเมินระดับความเสี่ยงมาตรฐาน การแปลผลจะแบ่งเป็นระดับความเสี่ยงในระยะ 10 ปี ข้างหน้า และแบบประเมินความเครียด ST5 ของกรมสุขภาพจิต ที่ได้นำไปใช้ในการวิจัยเรื่องอื่นๆ ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 35-70 ปีเช่นเดียวกัน

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะสิบปีข้างหน้า

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ	99 (77.30)
ระดับปานกลาง	20 (15.60)
ระดับสูง	9 (7.00)
ระดับสูงมาก	0 (0.00)
ระดับสูงอันตราย	0 (0.00)

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปีข้างหน้าโดยใช้ Thai CV risk score application ของคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าตัวอย่างกลุ่มชนอาข่าส่วนใหญ่ร้อยละ77.30 มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปีข้างหน้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 15.60 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.00 อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยง และข้อมูลสุขภาพกับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า (n = 128)

ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยง และข้อมูลสุขภาพ	จำนวนตัวอย่าง	ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด				p-value	OR	95% CI for OR	
		ระดับต่ำ (99)		ระดับปานกลางถึงระดับสูง (29)				Lower	Upper
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ						.487	1.349	.578	3.149
ชาย	46	34	34.30	12	41.40				
หญิง	82	65	65.70	17	58.60				
การสูบบุหรี่						.201	1.932	.696	5.364
ไม่สูบ	107	85	85.90	22	75.90				
เคย (เลิกแล้ว)/ เคย(ยังสูบอยู่)	21	14	14.10	7	24.10				
การดื่มสุรา						.761	.852	.303	2.394
ไม่ดื่ม	104	81	81.80	23	79.30				
ดื่ม	24	18	18.20	6	20.70				
การใช้สารเสพติด						.189	.365	.077	1.734

ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยง และข้อมูลสุขภาพ	จำนวนตัวอย่าง	ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด				p-value	OR	95% CI for OR	
		ระดับต่ำ (99)		ระดับปานกลางถึงระดับสูง (29)				Lower	Upper
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ไม่ใช้	121	95	96.00	26	89.70				
ใช้	7	4	4.00	3	10.30				
การมีโรคประจำตัว						.257	.615	.265	1.429
ไม่มี	82	66	66.70	16	55.20				
มี	46	33	33.30	13	44.80				
การเป็นโรคความดันโลหิตสูง (SBP³140และDBP³90)						.008*	3.482	1.330	9.117
ไม่เป็น	105	86	86.90	19	65.50				
เป็น	23	13	13.10	10	34.50				
เส้นรอบเอว (ชาย>36นิ้ว/หญิง>32นิ้ว)						.817	.900	.369	2.193
ปกติ	86	66	66.70	20	69.00				
สูงกว่าปกติ	42	33	33.30	9	31.00				
ระดับดัชนีมวลกาย						.532	1.326	.547	3.216
ปกติ	46	37	37.40	9	31.00				
อ้วนถึงอ้วนอันตราย	82	62	62.60	20	69.00				
ระดับความเครียด						.532	.754	.311	1.829
น้อยถึงปานกลาง	82	62	62.60	20	69.00				

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยง และข้อมูลสุขภาพ กับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มชนอาข่า โดยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปานกลางถึงระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 คือ การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การวิเคราะห์หา odds ratio พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 คือ กลุ่มชนอาข่าที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3.48 เท่า (OR = 3.48;95%CI = 1.33-9.11)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้าในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย โดยใช้แอปพลิเคชัน Thai CV risk score พบว่าตัวอย่างกลุ่มชนอาข่าส่วนใหญ่ร้อยละ 77.30 มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปีข้างหน้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 15.60 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.00 อยู่ในระดับสูง และจากการหาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้าในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า คือ

โรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3.48 เท่า ของปัจจัยที่ทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้า ดังรายงานการวิจัยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นตามระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น[13] นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนที่มีความดันโลหิต ≥140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอยู่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ

หลอดเลือดในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตภายใน 30 ปี สูงเป็น 63% เมื่อเทียบกับ 46% ในผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ และจะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 5 ปี[14] การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรักษาควบคุมความดันโลหิตสูงกับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนอเมริกันอายุ ≥18 ปี พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการควบคุมความดันโลหิตมีความเสี่ยงสูงเป็น 1.4 เท่า และผู้ที่ความดันโลหิตควบคุมไม่ได้มีความเสี่ยงสูงเป็น 1.7 เท่าจะเสียชีวิตจาก โรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตแต่ควบคุมได้[15]

การสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 1.932 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน (acute myocardial infarction [AMI]) โดยอาศัยข้อมูลจาก 52 ประเทศทั่วโลก (n = 27,089) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิด AMI สูงเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบ และจะเพิ่มขึ้น 5.6% ในทุกมวนบุหรี่ที่สูบเพิ่มขึ้น สำหรับคนที่เลิกสูบบุหรี่แล้วพบว่ายังมีความเสี่ยงต่อการเกิด AMI ประมาณ 2 เท่าภายใน 3 ปีหลังจากที่มีการเลิกสูบบุหรี่15 การวิจัยในประเทศญี่ปุ่นโดยการติดตามผู้ชายวัยทำงานที่มีสุขภาพดีและอายุ 20-61 ปี เป็นเวลา 7.5 ปี (n = 25,462) พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ระดับเบา (1-10 มวนต่อวัน) ปานกลาง (11-20 มวนต่อวัน) และหนัก (≥21 มวนต่อวัน) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.9 เท่า 2.9 เท่า และ 3.3 เท่า ตามลำดับเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ≥4 ปีพบว่าสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึง 66% เมื่อเทียบกับคนที่ยังสูบบุหรี่อยู่[16]โดยค่าความเสี่ยงจะสูงขึ้นตามจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเพิ่มขึ้นและจะลดลงในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ตามระยะเวลาของการเลิกสูบที่มากขึ้น[17]

ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 1.326 เท่า ของปัจจัยที่ทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้าสอดคล้องกับวิจัยภาวะอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่ามีความชุกสูงในคนที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะการเผาผลาญอาหารในร่างกายผิดปกติ (metabolic syndrome) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น[18] จากการวิจัยโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าขนาดใหญ่เป็นระยะเวลา 16 ปี จำนวน 2 งานวิจัย คือ การวิจัยในกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ (n = 27,859, อายุ 39-75 ปี) และในกลุ่มตัวอย่างพยาบาล (n = 41,534, อายุ 39-65 ปี) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง BMI และ WC ต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥30 kg/m^2) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงเป็น 1.8 เท่าในเพศชายและ 2.3 เท่าในเพศหญิง เมื่อเทียบกับคนที่ไม่อ้วน (BMI 18.5-22.9 kg/m^2)[19]

คุณภาพการนอนโดยรวม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 0.923 เท่า ของปัจจัยที่ทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าระยะเวลาการนอนหลับสั้นและคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ คะแนนการนอนหลับที่ต่ำกว่าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของกพัฒนากลยุทธ์ในการปรับปรุงการนอนหลับเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด[20] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่แย่ซึ่งวัดโดยการตรวจการนอนหลับหลายส่วนมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิดโรคหัวในและหลอดเลือด[21]

ภาวะความเครียด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 0.754 เท่า ของปัจจัยที่ทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้า สอดคล้องกับวิจัยที่พบว่าความเครียดทางจิตเฉียบพลันและเรื้อรังสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดในระยะยาวและการกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน เพราะความเครียดมีผลต่อการตอบสนองของระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือดอาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดย่างมีนัยสำคัญ[22] นอกจากนี้แล้วมีงานวิจัยรายงานว่าการอักเสบที่เกิดจากความเครียดอาจมีปฏิกิริยาร่วมกันและมีบทบาทสำคัญในการอักเสบของหลอดเลือดแดง อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติทางคลินิก การประเมินผลกระทบของความเครียดทางจิตต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดขาดหายไปแม้ว่าแนวทางในปัจจุบันจะตระหนักว่าความเครียดทางจิตทำให้เสี่ยงเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[23]

ดังนั้นการลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้าในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่านั้นควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดโรค โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยการส่งเสริมความรู้ใน

การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการ การออกกำลังกายควบคุมน้ำหนัก ส่งเสริมการสรรทนาการเพื่อลดความเครียด การงดสูบบุหรี่ และส่งเสริมการพักผ่อนอย่างมีประสิทธิภาพ[24]

การเข้าถึงสถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่างสามารถรับบริการได้อย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มอาข่าได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากหน่วยงานราชการ เช่น การให้ความรู้ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อม ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าเข้าถึงระบบดูแลสุขภาพได้มากขึ้น[25] แสดงว่าหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพให้บริการได้ทั่วถึงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลอำเภอ และระดับหมู่บ้านได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หน่วยส่งเสริมสุขภาพสามารถกำหนดหัวข้อหลักในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มอาข่า เพื่อให้ตอบปัญหาสุขภาพของชาวอาข่า ให้สามารป้องกันและลดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ปัจจัยใดหรือทั้งหมดที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้าได้ เช่น การควบคุมความดันโลหิต งดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนนอนหลับ การงดดื่มสุรา และลดความเครียด ก็จะสามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้าได้อย่างตรงจุด

2. นำผลการวิจัยที่ได้ ติดตามผลทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในสิบปีข้างหน้าต่อเนื่อง เพื่อดูผลของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้ข้อมูลของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยให้สัมพันธ์กับวัฒนธรรม ประเพณี ความเป็นอยู่ของกลุ่มอาข่า

2. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ เพื่อลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจของกลุ่ม อาข่า โดยใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นฐานข้อมูลในการวิจัยครั้งต่อไป

References

1. Kaptoge S, Pennells L, De Backer G, Cooney M, Kavousi M, Stevens J, et al. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions, The Lancet Global Health. 2019; 7(10):1332-45.
2. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation Journal. 2019; 140(11):596-646.
3. Tamornpark R, Apidechkul T, Upala P, Inta C. Factors associated with type 2 diabetes Mellitus among the elderly hill tribe population in Thailand. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2017; 48(5):1072-82.
4. Appelman Y, van Rijn BB, Ten Haaf ME, Boersma E, Peters SA. Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. Atherosclerosis. 2015; 241(1): 211-18.
5. Khumrat J, Mesukmak N. Relationship between cigarette smoking and coronary artery disease involving nurses' role in smoking cessation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(2):1-6. (In Thai)
6. Kondo T, Osugi S, Shimokata K, Honjo H, Morita Y, Maeda K. et al. Smoking and smoking cessation in relation to all-cause mortality and cardiovascular events in 25,464 healthy male Japanese workers. Circulation Journal. 2011; 75(12):2885-92.

7. Flint AJ, Rexrode KM, Hu FB, Glynn RJ, Caspard H, Manson JE,et al. Body mass index, waist circumference, and risk of coronary heart disease: a prospective study among men and women. Obesity Research & Clinical Practice. 2010; 4(3):171-81.
8. Walaisatean J, Prasong MP, Nakprakob M. Health Literacy of personnel in prevention and control of non-communicable diseases of the Office of Disease Prevention and Control Nakhon Ratchasima. The office of disease prevention and control 9th Nakhon Ratchasima Journal. 2021; 27(1):46-55. (In Thai).
9. Apidechkul T, Laingoen O, Suwannaporn S. Inequity in Accessing Health Care Service in Thailand in 2015: A Case Study of the Hill Tribe People in Mae Fah Luang District, Chiang Rai, Thailand. Journal of Health Research, 2016; 30(1):67-71.
10. Apidechkul T, Wongnuch P, Sittisarn S, Ruanjai T. Health situation of Akha Hill Tribe in Chiang Rai Province, Thailand. Journal of Public Health and Development 2016; 14(1):77-9.
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavioral Research Methods. 2007; 39(2):175-91.
12. Kjeldsen SE. Hypertension and cardiovascular risk: General aspects. Pharmacal Research. 2018 ; 129:95-9.
13. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1•25 million people. Lancet. 2014; 383(9932):1899-911.
14. Gu Q, Dillon CF, Burt VL, Gillum RF. Association of hypertension treatment and control with All-cause and cardiovascular disease mortality among US adults with hypertension. Am Journal Hypertension. 2010; 23(1):38-45.
15. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. INTERHEART Study Investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet. 2006; 368(9536):647-58.
16. Mons U, Müezzinler A, Gellert C, Schöttker B, Abnet CC, Bobak M, et val. CHANCES Consortium. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. British Medical Journal. 2015; 350-60.
17. Mandviwala T, Khalid U, Deswal A. Obesity and Cardiovascular Disease: a Risk Factor or a Risk Marker? Current Atherosclerosis Reports. 2016; 18(5):21.
18. Flint AJ, Rexrode KM, Hu FB, Glynn RJ, Caspard H, Manson JE, et al. Body mass index, waist circumference, and risk of coronary heart disease: a prospective study among men and women. Obesity Research & Clinical Practice Journal. 2010; 4(3):171-81.
19. Lao XQ, Liu X, Deng HB, Chan TC, Ho KF, Wang F, et al. Sleep Quality, Sleep Duration, and the Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Cohort Study with 60,586 Adults. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2018; 14(1):109-17.

20. Yan B, Yang J, Zhao B, Fan Y, Wang W, Ma X. Objective Sleep Efficiency Predicts Cardiovascular Disease in a Community Population: The Sleep Heart Health Study. Journal of the American Heart Association. 2021; 10(7):016-20.
21. Vancheri F, Longo G, Vancheri E, Henein MY. Mental Stress and Cardiovascular Health-Part I. Journal of Clinical Medicine. 2022; 11(12):33-53.
22. Huntrakul S, S0mbuntanon W. Developing self-care competency to prevent complication in hypertensive clients in the community, Journal of Royal Thai Army Nurses. 2012;13(3):38-46. (in Thai)
23. Henein MY, Vancheri S, Longo G, Vancheri F. The Impact of Mental Stress on Cardiovascular Health-Part II. Journal of Clinical Medicine. 2022; 11(15):44-5. (in Thai).
24. Manotham M. Knowledge and Behaviors for Healthcare of Akha Ethnic Group in Mae Suai District, Chiang Rai Province Thailand. Health Science Research Journal. 2019;12(1); 111-18. (in Thai).

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

The Effectiveness of Health Literacy Development Program for Weight Control among People Living with HIV

ปัญจมาพร สาตจีนพงษ์*[1] ละมิตร์ ปึกขาว[2] สุทธีพร มูลศาสตร์[3] วรวรรณ ขันธโภคัย[2]

Punjamarpon Satjeenphong*[1] Lamitr Pukkhaow[2] Sutteeporn Moolsart[3] Worrawan kantapokai[3]

[1]โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 12000

[1]Pathumthani hospital, Pathum-Thani Province, Thailand 12000

[2]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธารัถย์ จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 12160

[3]School of Nursing, Metharath University, Pathum-Thani province, Thailand 12160

[2]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

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

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มนี้ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนัก ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และดัชนีมวลกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกรับยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งถูกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของสมาคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งชาติออสเตรเลีย 12 สัปดาห์ 2) คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 และ 1.00 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .87 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก, โปรแกรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This quasi-experimental research was a two-group pretest-posttest design.The purposes of the research were to study the effects of a health literacy development program on weight control on health literacy and weight control behaviors of people living people with HIV(PLHIV).The samples were PLHIVs receive services at

Corresponding Author: E-mail: punpunja2515@gmail.com

วันที่รับ (received) 15 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 พ.ย. 2566

the HIV clinic of Pathum Thani Hospital. The sample was selected by purposive sampling and put into an experimental group and a comparative group with 30 persons each. The program was based on the concept of health literacy development for PLHIV contributed by the National Association of People with HIV in Australia. The 12-week program activities. Research instruments were 1) a health literacy development program of weight control. 2) a handbook of health literacy on weight control for people living with HIVs. 3) questionnaires on health literacy and weight control behaviors. The content validity indexes were .95 and 1.00, respectively. Cronbach's alpha coefficient of the weight control behaviors questionnaire were .87 and .94, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and a t-test.

The result revealed as follows: after enrolling in the program, the health literacy and weight control behaviors of the experimental group was better than before enrolling in the program and better than the comparative group to a statistically significant degree at p-value < .05. The body mass index was lower than before enrolling in the program and lower than the comparative group by a statistically significant degree at p-value < .05.

Keywords: Health literacy, Weight control behavior, Program, PLHIVs

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลก จากข้อมูลของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ปี 2564 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.5 ล้านคน ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 38.4 ล้านคน กำลังรับยาต้านไวรัส 28.7 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 650,000 คน[1] จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,500 คน/ปี ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 9,300 ราย/ปี และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ประมาณ 520,000 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 447,061 คน จากข้อมูลของจังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นทะเบียนสะสม รวมทั้งทั้งสิ้น 7,311 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 4,387 ราย (ร้อยละ 60.0) เพศหญิง 2,924 ราย (ร้อยละ 40.0) ความชุกเท่ากับ 662.39 คนต่อประชากรแสนคน ข้อมูลของโรงพยาบาลปทุมธานี ปี 2566 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 2,260 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 1,180 ราย (ร้อยละ 52.1) เพศหญิง 1,080 ราย (ร้อยละ 47.9) เสียชีวิตจำนวน 40 คน เริ่มมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในปี พ.ศ. 2540 มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดและส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลดลง การใช้ยาในระยะยาวก่อให้เกิดความผิดปกติทางเมแทบอลิก พบในกลุ่มยา PIs และกลุ่ม NRTIs มีอาการอ้วนลงพุง เส้นรอบเอวมากขึ้น ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ระดับเอชดีแอลในเลือดต่ำ ความดันโลหิตสูงและน้ำตาลในเลือดสูง สาเหตุมาจากความอ้วนและภาวะดื้อต่ออินซูลิน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ ได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม2[2] ระยะเวลาการใช้สูตรยาต้าน พบมีความผิดปกติของระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และระดับไขมันเอชดีแอลมากที่สุด รองลงมามีภาวะความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดสูง[3]

รายงานสถานการณ์โรคอ้วน พบว่าทั่วโลกมีประชากรโรคอ้วน 800 ล้านคน ในจำนวนนี้ 39 ล้านคน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอีกประมาณ 340 ล้านคน เป็นเด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี[4] จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 พบความชุกอยู่ที่ 47.2% เพิ่มขึ้นจาก 34.7% ประชากรอ้วนกว่า 20 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด ข้อมูลจังหวัดปทุมธานี ประชากรโรคอ้วน ปี 2566 รวม 49,731 คน มากที่สุดคือ อ.เมือง 11,208 คน เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1,180 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 713 คน ข้อมูลโรงพยาบาลปทุมธานี ปี 2566 มีผู้ป่วยเอชไอวี จำนวน 2,260 คน มีภาวะน้ำหนักเกิน 625 คน ร้อยละ 27.65 จากการทบทวนเวชระเบียน ปี 2561-2565 ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ด้วยระบบทางเดินหายใจมากที่สุด รองลงมาระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาต้านไวรัสต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเอชไอวีมีน้ำหนักตัวมากขึ้น จากการศึกษาคนอ้วนจะมีระบบภูมิคุ้มกันร่างกายที่ต่ำกว่าคนที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์

ปกติ พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในผู้ป่วยเอชไอวีมีหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้, การศึกษา, รายได้, โรคประจำตัว[5] โรคอ้วนเป็น 1 ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นำไปสู่โรคอื่น ๆ ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด[6] รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน[7] เมื่อจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมาตรการจัดการโรคเรื้อรังจึงเป็นปัญหาระดับโลก[8]

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการป้องกันโรคอ้วนสำหรับประชาชนที่เข้าข่ายอ้วนลงพุง สามารถดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 1น. มีดังนี้ อ.ที่ 1 กินอาหารให้ตรงเวลาครบ 5 หมู่ อ.ที่ 2 ออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน อ.ที่ 3 ผ่อนคลายจากความเครียด 2ส. คือ ส.ที่ 1 ไม่สูบบุหรี่ ส.ที่ 2 ไม่ดื่มเหล้า 1ฟ. การดูแลรักษาฟัน 1น. นอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ให้เริ่มด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มาใช้เพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ในยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมและป้องกันในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเปรียบเสมือนหัวใจสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค[9] ดังนั้นบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค[10] การนำข้อมูลไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือเงื่อนไขในการใช้ชีวิต ความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ มีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์เกี่ยวกับสุขภาพที่แย่[11] ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยเอชไอวี

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งจำเป็น ควรพัฒนาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและครบถ้วนทุกทักษะ และพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ เช่น นโยบาย สื่อความรู้ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล[12] และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการและการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้มีการเพิ่มของซีดีสี่ (CD4) ปริมาณไวรัสในเลือด (VL) และอาการของโรคแทรกซ้อนลดลง[13] การพัฒนาเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ในผู้ป่วยโรคเอดส์ ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี[14] การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของสมาคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งชาติออสเตรเลีย[15] ซึ่งคาดว่าการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการการควบคุมน้ำหนักต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และดัชนีมวลกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำถามการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และดัชนีมวลกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

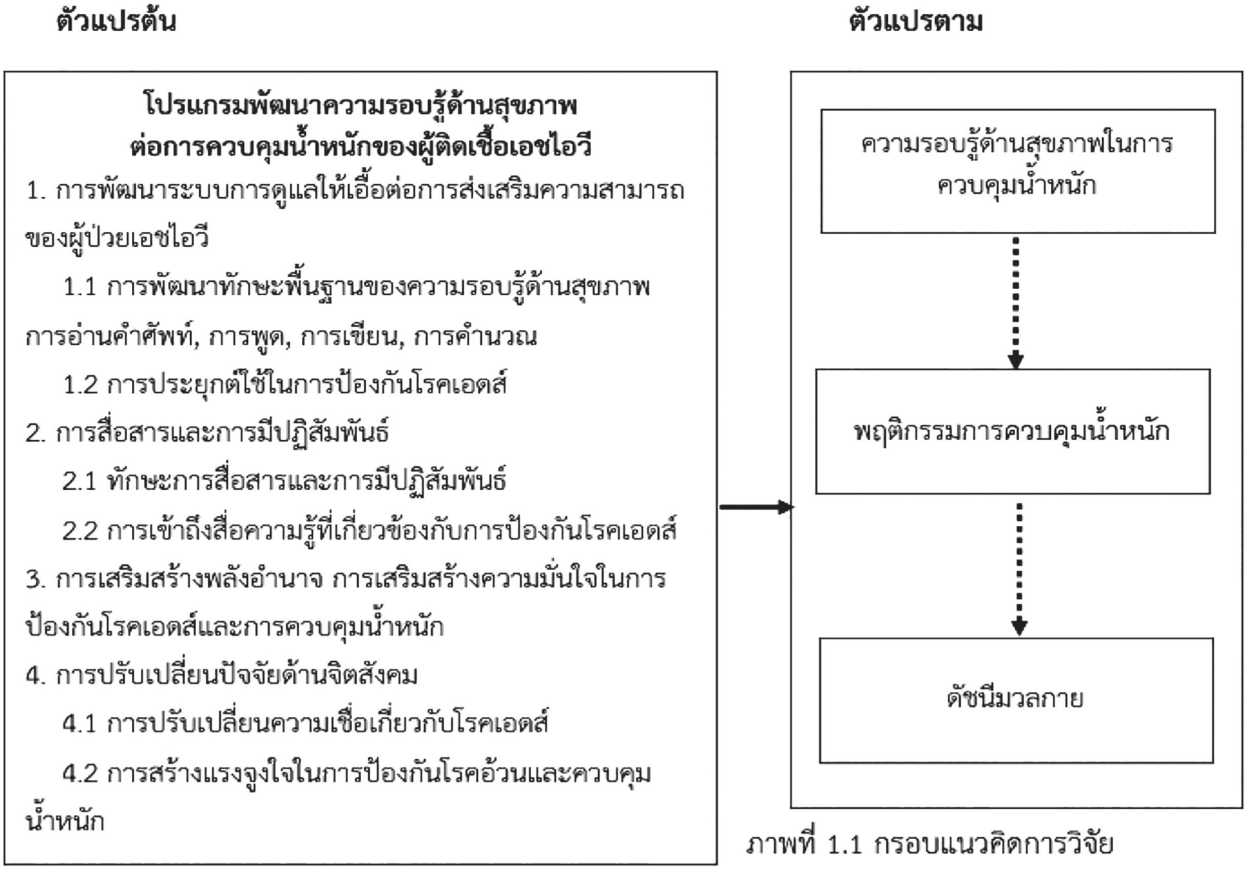
1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเอชไอวี ของสมาคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งชาติออสเตรเลีย ที่เชื่อว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ จะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแผนภูมิที่ 1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัยครั้งนี้เป็นกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในคลินิกรับยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลปทุมธานี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 2,260 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่คลินิกรับยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลปทุมธานี ที่มีดัชนีมวลกายเกิน BMI 23 กิโลเมตรต่อตารางเมตร^2 ขึ้นไป และเส้นรอบเอวผู้ชายมากกว่า 90 เซนติเมตร ผู้หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบเจาะจง ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เกณฑ์คัดเข้า อายุ 18 ปีขึ้นไป มารับการรักษาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ ใช้สมาทโฟนได้ เกณฑ์การคัดออก แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วย และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตามวันเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และคู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย: ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะการทำงาน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ความเครียด โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น โดยศึกษาจากงานวิจัย เอกสารและตำรา ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ 1) ทักษะความรู้ 2) ทักษะการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการพูด 4) ทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) ทักษะการแสดงออก มีข้อคำถาม 62 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า

(rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยศึกษาแนวทางจากงานวิจัย เอกสารและตำรา มีข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรง (Content validity Index: CVI) เท่ากับ .95 และ 1.00 นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 30 คน และนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมในแต่ละข้อ หาความเที่ยงของแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .87 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปทุมธานี เลขที่ ปท 32.203.4/22 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยติดต่อขอความยินยอมในการให้ข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. ใช้สถิติวิเคราะห์ เพื่อใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ด้วยสถิติการทดสอบที (t-test) โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปร ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.30 เพศหญิง ร้อยละ 46.70 อายุ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 45.50 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุเฉลี่ย 42.90 ปี โดยทั้งสองกลุ่ม มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-40 ปี การศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.70 ใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.30 อาชีพ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.70 และ 53.30 ตามลำดับ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ติดเชื้อเป็นระยะเวลา 6-10 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 33.30 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 30.00 รูปร่าง ทั้งสองกลุ่มคิดว่ารูปร่างตัวเองอ้วน ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 83.30 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 83.30

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	45.00	7.17	ปานกลาง	44.00	5.38	ปานกลาง	.611	.544
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	58.10	3.14	ดี	43.63	5.76	ปานกลาง	12.071	<.000*
พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.74	0.35	มาก	3.66	0.32	มาก	.849	.399
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.59	0.19	มากที่สุด	3.67	0.31	มาก	13.55	<.000*

* p-value < .05

ตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			paired t-test	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	45.00	7.17	ปานกลาง	58.10	3.14	ดี	-11.123	<.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	44.00	5.38	ปานกลาง	43.63	5.76	ปานกลาง	.571	.573
พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก								
กลุ่มทดลอง	3.74	0.35	มาก	4.59	0.19	มากที่สุด	-11.893	<.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.66	0.32	มาก	3.67	0.31	มาก	-.249	.805

* p-value < .05

ตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และรอบเอว ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ดัชนีมวลกาย						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.40	6.63	32.17	8.16	-1.441	.155
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	26.74	6.19	32.15	8.20	.411	.006*
รอบเอว						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	100.50	16.57	99.66	15.36	.202	.841
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	89.43	11.90	100.16	15.56	-3.000	.004*

* p-value < .05

ตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและรอบเอว ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและรอบเอว ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ดัชนีมวลกาย	ก่อนเข้าโปรแกรม (n = 30)		หลังเข้าโปรแกรม (n = 30)		paired	p
	M	SD	t-test	SD		
ดัชนีมวลกาย						
กลุ่มทดลอง	29.40	6.63	26.74	6.19	10.926	<.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32.17	8.16	32.15	8.20	.518	.609
รอบเอว						
กลุ่มทดลอง	100.50	16.57	89.43	11.90	8.12	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	99.66	11.90	100.16	15.56	-1.422	.166

* p-value < .05

ตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและรอบเอวของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและรอบเอว ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น เนื่องจากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อน โรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอชไอวี ฝึกทักษะพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การอ่านคำศัพท์ การเขียน การพูด การคำนวณ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ฝึกปฏิบัติการแสวงหาความรู้โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เข้าถึงสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเตอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ YouTube และค้นคว้าเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน ฝึกทักษะการพูดเพื่อการสื่อสารและประเมินการถ่ายทอดมีความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ภาษาพูดสื่อสารเข้าใจง่าย พูดได้คล่องแคล่ว ฝึกทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร ฝึกปฏิบัติทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ได้กำหนดสถานการณ์จำลองที่เป็นปัญหาในการควบคุมน้ำหนัก ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขและการตัดสินใจที่เหมาะสม ฝึกปฏิบัติทักษะการแสดงออกด้านความคิดและการกระทำ โดยให้ร่วมหาแนวในการแก้ไขตามโจทย์ที่ได้รับ กลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้นและร่วมกันแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองจึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก โดยรวมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยเอชไอวี มีแต่การศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่ามีผลการทดลองเช่นเดียวกัน[16,17,18] ที่ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว ฝึกปฏิบัติโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การเลือกค้นคว้าความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเตอร์เน็ตผ่านสื่อ Google Facebook ฝึกทักษะการพูดสื่อสาร จากบทความการป้องกันโรคอ้วนให้ผู้อื่นเข้าใจ และมีการเรียนรู้แลกเปลี่ยนร่วมกัน ฝึกปฏิบัติการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ฝึกด้านทักษะการตัดสินใจจากสถานการณ์จำลอง ส่งข้อความสื่อออนไลน์ที่เกี่ยวกับโรคอ้วน ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์การแสดงออกทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อผู้ติดเชื้อที่มีเชื้อดื้อยาไม่สามารถถ่ายทอดเชื้อดื้อยาแก่คู่นอนหรือบุตรในครรภ์ได้หากไม่ป้องกัน ข้อการรับประทานอาหารไขมันสูง ของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมากไม่น่าทำให้เสี่ยงเป็นโรคอ้วน พบว่าหลังให้ความรู้ตามโปรแกรมยังคงมีความรู้อยู่ในระดับน้อยเท่าเดิม ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าถ้ามีเชื้อดื้อยาก็ไม่ถ่ายทอดให้คนอื่นได้ จึงไม่จำเป็นต้องใส่ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่ติดเชื้อเหมือนกัน ส่วนเรื่องการรับประทานอาหารไขมันสูง ของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลทำให้ไม่เกิดโรคอ้วนซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด ดังนั้นจึงควรให้

ความรู้เรื่องอาหารที่ควรรับประทาน การนับแคลอรี่ในอาหารแต่ละชนิด นอกจากนี้แล้วสื่อการสอนอาจไม่สะดุดตาต่อการจดจำ จึงควรปรับปรุงให้น่าสนใจมากยิ่งขึ้น

2. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก ตามแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาได้ยึดหลักการของกระทรวงสาธารณสุข ตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ 1น มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ส่งคลิปวิดีทัศน์ความรู้ทางไลน์ส่วนตัวและไลน์กลุ่ม ให้ส่งคลิปการออกกำลังกายของตนเองในแต่ละวันเข้าไลน์กลุ่ม เพื่อกระตุ้นเตือนเพื่อนให้ปฏิบัติตาม บรรยายให้ความรู้หลักการบริโภคอาหาร ทำแบบฝึกหัดคำนวณพลังงานอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน ฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการ บรรยายให้ความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา ฝึกทักษะการอ่านฉลากยา การคำนวณยาและนับเม็ดยาให้ตรงกับนัด ให้ความรู้การดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคม วิธีผ่อนคลายความเครียด ฝึกการออกกำลังกายร่วมกัน จัดกิจกรรมร่วมสนับสนุนใส่ใจลดหุ่นประกวดลดน้ำหนัก (The winner) และมอบรางวัล จำนวน 5 รางวัล สำหรับผู้ลดน้ำหนักได้ เพื่อเป็นแรงจูงใจและเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก โดยรวมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่ามีผลการทดลองเช่นเดียวกัน[19,20,21] ที่ได้จัดกิจกรรมกลุ่มบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ฝึกทักษะการเลือกบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคอ้วน ฝึกทักษะการอ่านการทำความเข้าใจฉลากอาหาร ให้จับคู่กันแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์ที่ได้รับ ให้ความรู้ด้วยชุดวีดีโอเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 3อ 1ส บนแอพพลิเคชั่นไลน์ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มไลน์ ฝึกบันทึกพฤติกรรมและประเมินการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ฝึกการกำหนดลมหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด ฝึกสติขณะรับประทานอาหาร สมาชิกในกลุ่มได้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แจกคู่มือและสมุดบันทึกการรับประทานยา สอนการจัดทำกล่องยาช่วยเตือนและเสริมพลังด้วยการให้กำลังใจ พูดชมเชย พบว่ามีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของประชาชนทั่วไปสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ข้อคำถามรายข้อเพิ่มขึ้นเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อคำถาม ในแต่ละวันท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีตามเวลาเดิมที่เคยรับประทาน พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาก่อนและหลังให้ความรู้ตามโปรแกรม กลุ่มทดลองยังคงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุดเท่าเดิม อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองมีพื้นฐานความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ดีและให้ความสำคัญกับการรับประทานยา รวมทั้งมีการเข้าถึงเพื่อสืบค้นเรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวีทางอินเตอร์เน็ตได้สะดวกและทันสมัย

3. ดัชนีมวลกายลดน้อยลง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายลดลง ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนและดัชนีมวลกายเกิน ภาวะแทรกซ้อน ด้วยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติทักษะการคำนวณพลังงานจากอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ประเมินพฤติกรรมของตนเองและการตั้งเป้าหมาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ยังไม่สำเร็จ เพื่อเสริมพลังสร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายและการรับประทานยา พบว่าหลังการทดลองดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงเช่นเดียวกัน[16]

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ได้เพิ่มเติมกิจกรรมการพัฒนาทักษะการอดอาหารบางช่วงเวลา (Intermittent Fasting: IF) ตามสูตร 12:12 จึงส่งผลให้ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักได้ทำให้มีดัชนีมวลกายที่ลดลง ซึ่งการทำ IF มักจะให้อดอาหารมากกว่า 12 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายให้ใช้พลังงานที่สะสมอยู่ จึงทำให้มีการสลายไขมัน ลดปริมาณไขมันในร่างกายและลดน้ำหนักตัว การออกกำลังกายยังสามารถควบคุมหรือลดน้ำหนักตัวลงได้ ส่งผลให้ดัชนีมวลกายลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาให้กลุ่มทดลองอดอาหาร 14 ชั่วโมงร่วมกับควบคุมอาหาร พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดลงมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ[22]

นอกจากนี้แล้ว โปรแกรมยังทำให้ผู้ติดเชื้อมีรอบเอวลดลง การเผาผลาญไขมันมากขึ้นและน้ำหนักตัวที่ลดลงทำให้รอบเอวลดลงได้ จากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการควบคุมอาหารและออกกำลังกายร่วมกันในทุกสัปดาห์ ๆ ละ 5 วัน โดยใช้กายบริหารอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน มีการกระตุ้นและติดตามการออกกำลังกายทางกลุ่มไลน์และไลน์ส่วนให้ส่งคลิปการออกกำลังกายของตนเองลงในกลุ่มไลน์ทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษา ให้ความรู้การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก ออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกันในทุกสัปดาห์ ๆ ละ 5 วัน ติดตามเยี่ยมบ้าน

พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ[16]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษาหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน แต่ควรปรับปรุงกิจกรรมการพัฒนาทักษะการแสดงออกในความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ดีมากยิ่งขึ้น

1.2 โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 12 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้นแต่ไม่อยู่ในระดับมากที่สุด จึงควรมีการเพิ่มกิจกรรมและอาจพิจารณาเรื่องระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติและติดตามความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักต่อไป

2.2 การศึกษาประสิทธิภาพผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะยาว ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การตรวจผลเลือดไขมันต่าง ๆ และการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

References

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Statistics 2022. USA: [publisher unknown]; 2021
2. Khaokaew P. Metabolic Syndrome in HIV AIDS Patients Treated at SENA Hospital. Journal of Singburi Hospital 2021; 29(2): 125-40. (in Thai)
3. Pongsuwan N. Factors Affecting Admission to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected People. Thai AIDS Journal 2020; 32(2): 68-78. (in Thai)
4. Ralston J. World Obesity Atlas. 2. London: World Obesity Federation Publisher; 2020.
5. Pudcharakuntana P, Khungtumneam K, Durongritichtichai V. The Factors Asociated to the prevalence of Obesity in Adults in Bang Sao Thong Municipality, Samuth Prakan Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015; 16(2): 131-9. (in Thai)
6. Tongdee S. An association between obesity and cardiovascular risk diseases among healthcare workers in Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital.Journal of the Phrae Hospital 2019; 27(1): 38-50. (in Thai)
7. Golden N, Schneider M, Christine Wood C. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. Journal of Pediatrics 2015; 138(3): 138-40.
8. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and ExamplesintheEasternMediterraneanRegion. Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Healthand Development.Kenya 2009; 27(5): 26-35.
9. Saichamchan S, Undara W, Boonbunjob U, Thinsor R. Health Literacy and Health Behavior 3E 2S of People in Baan Aur-arthorn Community Bangkhen (Klong thanon). Journal of The Royal Thai Army Nurses 2021; 22(3): 376-86. (in Thai)
10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21th century. Health Promotion 2000; 15(3): 259–67.

11. Sorensen et al., Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12(80): 2-13.
12. Makkunchorn et al., The Development of Th Literacy Enhancement Processes on HIV and Sexually Transmitted Infection Among People Living With HIV. Thai AIDS Journal 2022; 34(1): 1-19. (in Thai)
13. Gakumo et al., Older African Americans' preferences for a health literacy intervention in HIV management. Patient Prefer Adherence. 2015; 23(9): 17-23.
14. SupyenThe P. Effect of Using Health Education Programs to Promote Health Literacy and Health Behavior 3E 2S in AIDS Patients at Antiretroviral Clinic, Banpong Hospital. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life 2022; 2(1): 1-12. (in Thai)
15. Woods R. NAPWHA-HIV Health Literacy Framework-Literature. 2. Newtown: Saysana Publisher; 2019.
16. Thipkratok S, Tanida Phatisena T. Effects of Self-Management Program for Health Behavior Modification, Body Mass Index and Waist Circumference among Village Health Volunteers with Abdominal Obesity. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2020; 14(34): 212-23. (in Thai)
17. Soofon P. The Result of HIV Literacy Program to Promote Behavior of Living Together Without Abhorrence Among Village Health TH Volunteers. Thai AIDS Journal 2021; 32(1): 1-14. (in Thai)
18. Makkunchorn et al., The Development of Health literacy Enhancement Processes on HIV and Sexually Transmitted Infection Among People Lining with HIV. Thai AIDS Journal 2021; 24(1): 1-19. (in Thai)
19. Sookpool et al., Effectiveness of Health Literacy and Health Behavior Development Program for Working People. Journal of Health Science 2020; 29(3): 419-29. (in Thai)
20. Kanawapee K, Saranrittichai K. EFFECTS of Health literacy Development Program and Health literacy School on Behavior Modification for Obesity Prevention Among Overweight. Academic Journal of Community Public Health 2022; 8(2): 105-18. (in Thai)
21. Puttapunyo S, Toontom N, Putthanachote N. Effect of a Health behavior Development Program on Health Literacy and Weight Loss behavior of Overweight Personnel in Roi Et Hospital, Mueang District,Roi Et Province. Journal of Humanities and Sciences 2018; 9(4): 42-59. (in Thai)
22. Peeke, P., Greenway, F., Billes, S., Zhang, D., Fujioka, K. Effect of time restricted eating onbody weight and fasting glucose in participants with obesity: results of a randomized, controlled, virtual clinical trial. Peeke et al. Nutrition and Diabetes. 2022: 11(6): 1-11.

ผลของโปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จากโรงพยาบาลสู่บ้าน

Effect of Nurse Practitioner (NP) Intervention Program for elderly patients: Transitional Care from Hospital to Home

อารีย์ วงศ์อนุ ภิญโญ อุทธิยา*
Aree Wonganu Pinyo Utthiya
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กทม.ประเทศไทย 10400
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand,10400

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ความพึงพอใจ และการจัดการตัวเองที่บ้าน ของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 50 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน โปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติ ฯ แบบติดตามผู้ป่วยที่เข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 แบบประเมินการจัดการตัวเองที่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่น 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีโรคประจำตัวเฉลี่ย 4 โรค และจำนวนยากลับบ้านเฉลี่ยคนละ 16 ชนิด หลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่ามีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 7 ราย โดยเกิดจากตัวโรคถึง 6 ราย มีความพึงพอใจ ในระดับมาก-มากที่สุดทุกข้อการประเมิน และสามารถในการจัดการตนเองที่บ้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (P<.05) ทุกข้อการประเมิน การใช้โปรแกรม ฯ ส่งผลที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ/ครอบครัว/ผู้ดูแล ควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

คำสำคัญ: พยาบาลเวชปฏิบัติ, การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน, ผู้สูงอายุ

Abstract

The quasi-experimental research aims to study the effects of a home healthcare program on the care of older adults patients transitioning from hospital to home, specifically regarding readmission within 28 days, satisfaction, and self-management at home. The sample group consists of 50 older adults patients, and research tools include data records, daily activity assessments, and a follow-up program for patients readmitted within 28 days. The study yielded index values of 1.00 for content validity, 0.94 for satisfaction assessment, and 0.74 for self-management evaluation. Statistical analysis involved descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

Corresponding Author: *E-mail: tan.pinyoamb2557@gmail.com

วันที่รับ (received) 6 พ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 ม.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 ม.ค. 2567

Results indicated that the majority of the sample group, mostly females with cancer, had an average of 4 chronic illnesses and used an average of 16 types of medication. After the program, 7 patients were readmitted within 28 days, primarily due to the same illnesses. High levels of satisfaction were reported in all assessment categories, and significant improvements in self-management at home were observed post-program (P<.05). The program demonstrated positive outcomes for older adults patients/families/caregivers and should be considered for other patient groups during the hospital-to-home transition period.

Keywords: Nurse practitioners, Transitional Care from Hospital to Home, Older adults

บทนำ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง WHO คาดการณ์ประมาณปี ค.ศ. 2040 จะมีประชากรสูงอายุจำนวน 1,738 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรโลกทั้งหมด[1] ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2566[2] ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคส่งผลให้มีความซับซ้อนในการดูแล และมีการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น[3] ตลอดจนเกิดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น[4] โรงพยาบาบาลรามาธิบดีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จึงได้มีหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านร่วมดูแล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] จากสถิติของหน่วยงานในปีพ.ศ. 2564-2565 พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุที่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยปัญหาติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เสมหะอุดกลั้น บริหารยาคลาดเคลื่อน แผลกดทับ เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการดูแลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ จำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 ของผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลผู้ป่วยช่วงการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่า ยังขาดประสิทธิภาพส่งผลต่อความไม่พึงพอใจและมีข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถประเมินความต้องการอย่างเป็นองค์รวม[6] จากปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องใช้สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความสามารถวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ การรักษาเบื้องต้น[7] ช่วยให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและติดตามเยี่ยมบ้าน มีผลต่อการลดอัตราของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ลดการกลับมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน อัตราตายและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[8] การศึกษาในประเทศไทยพบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนและประหยัดค่าใช้จ่าย และมีคุณภาพสามารถตรวจรักษาโรคเบื้องต้นแทนแพทย์ได้[9] ผู้ดูแลมีความต้องการให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการที่บ้านลดการมาโรงพยาบาล[10] จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และในระดับโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยซับซ้อนยังมีการศึกษาไม่เพียงพอ จึงนำเอารูปแบบการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้ Transitional care Model[11] ซึ่งเป็นการใช้สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมีการกำหนดโปรแกรมการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนออกโรงพยาบาล ครอบคลุมด้านการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ด้านการบริหารยาที่บ้าน ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และการดูแลทางด้านจิตใจและระยะที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีติดตามทางโทรศัพท์หรือผ่านระบบ Telecare และติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน และส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้านปฐมภูมิเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

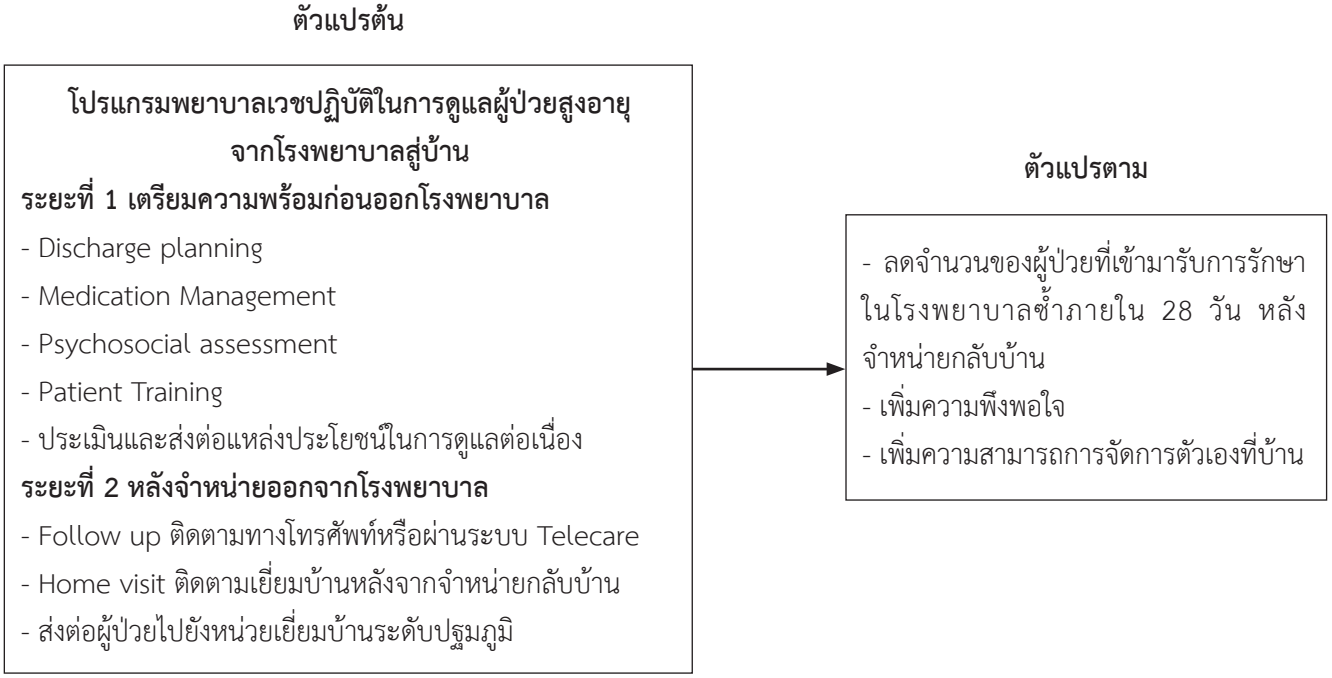
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และความสามารถในการจัดการตัวเองที่บ้านของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ก่อน และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรม ฯ ผู้ป่วยไม่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล มีความพึงพอใจ และมีความสามารถในการจัดการตัวเองที่บ้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิด Transitional care Model (Susan Enguidanos, Nancy Gibbs, Paula Jamison)[11] มาพัฒนาเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในช่วงระยะการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โมเดลนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สรุปกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (the one groups, pre-test, post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลที่ส่งปรึกษามายังหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้าน 2 ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี ระยะเวลาเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม G*power Analysis เลือกสถิติ t-tests, กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect Size) เท่ากับ 0.50 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (power of analysis) เท่ากับ 0.95 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 45 คน และป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 50 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยสูงอายุ ≥ 60 ปี 2) พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล อยู่ในเขตที่สามารถเยี่ยมบ้านได้ 3) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนหรือไม่ได้ Barthel ADL index score 0-11 4) มียากลับบ้านมากกว่า 7 ตัว 5) มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป และยินยอมให้ผู้วิจัยเข้าร่วมการวิจัย ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามและเกณฑ์คัดออก 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือถอนตัว 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมวิจัย และ 3) เปลี่ยนผู้ดูแล ระหว่างดำเนินการวิจัย ไม่มีการสูญหายระหว่างการทดลอง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 50 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ “พักอาศัยอยู่กับ” และ “จำนวนยา” ผู้ดูแลหลัก และโรค แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบและแก้ไข

จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้นำมาหาค่าดรรชนีความสอดคล้อง Index of Item Objective Congruence (IOC) ระหว่างข้อคำถาม ซึ่งพบว่า มีค่า IOC ตั้งแต่ .89 ถึง 1.00

2. เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย คือ แบบประเมินความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อ จาก 0 คะแนน ถึง 2 คะแนน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ จาก 10 กิจกรรม มีคะแนนรวม 0- 20 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์แบบ Barthel ADL Index ดังนี้ เกณฑ์การประเมินคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามระดับคะแนน 1) ≥ 12 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ 2) 5-11 คะแนน ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บางส่วน และ 3) ≤4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้[12]

3. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พัฒนาโดย Susan และคณะ ประกอบด้วย การบริหารจัดการด้านยา การวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน การประเมินด้านจิตใจ จิตสังคมสิ่งแวดล้อม การสอนทักษะการดูแลผู้ป่วย และการติดตามและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย[11] การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 เตรียมพร้อมก่อนออกโรงพยาบาล

1.1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activities of Daily Living Index)

1.2) ก่อนเริ่มโปรแกรม คณะผู้ทำวิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการจัดการตัวเองที่บ้านครั้งที่ 1 (ก่อนได้รับโปรแกรม) ใช้เวลาทำแบบประเมินประมาณ 10-15 นาที

1.3) หลังการทำแบบประเมิน ก่อนได้รับโปรแกรมฯ คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้านร่วมกับสหวิชาชีพและหอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 60 -120 นาที ตามความเหมาะสม โปรแกรมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้าน medication management เปรียบเทียบยาก่อนเข้าโรงพยาบาลและก่อนจำหน่าย ทวนสอบคำสั่งยาและยาที่ได้รับก่อนกลับบ้าน แจ้งเตือนผู้ป่วยถึงอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้

2) ด้าน discharge planning มีการศึกษาประวัติการเจ็บป่วย วางแผนจำหน่ายร่วมกับสหวิชาชีพและระบุปัญหาที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยเยี่ยมบ้านระดับปฐมภูมิในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3) ด้าน psychosocial assessment ประเมินการรับรู้เรื่องโรคและแผนการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ประเมินความเครียด สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยที่บ้าน และให้คำแนะนำตามความเหมาะสม

4) ด้าน patient Training โดยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับผู้ดูแลและครอบครัว ร่วมปรึกษาพูดคุยและสอนสาธิตการดูแลผู้ป่วยในการจัดการดูแลตัวเองที่บ้านตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมปรึกษาและวางเป้าหมายในการจัดการอาการเมื่อเกิดปัญหาที่บ้าน และร่วมปรึกษาสหสาขาวิชาชีพตลอดจนมีการส่งต่อ

ระยะที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.1) Follow- up ติดตามทางโทรศัพท์หรือผ่านระบบ telecare ไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามการดูแลและประเมินปัญหาการดูแลที่บ้าน

2.2) Home visit ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายกลับบ้านไม่เกิน 7 วันทำการ ทั้งหมด 1-3 ครั้งตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมประเมินแบบประเมินการจัดการตัวเองที่บ้านครั้งที่ 2 (หลังได้รับโปรแกรม) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการในครั้งสุดท้ายที่ให้บริการเยี่ยมบ้าน

2.3) ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยเยี่ยมบ้านระดับปฐมภูมิในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

2.4) ติดตามผลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (readmission) ผ่านระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

4. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1) แบบประเมินความพึงพอใจ ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตั้งแต่ 1 (พอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พอใจมากที่สุด) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งชุด (r) เท่ากับ .94 ความเชื่อมั่น

รายข้อ (item-total correlation) มีค่าระหว่าง .79-.90 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อ (inter item correlation) มีค่าอยู่ในช่วง .64 ถึง .82[13] เป็นค่าที่ยอมรับจึงไม่ได้ทดสอบซ้ำ

4.2) แบบประเมินการจัดการตัวเองที่บ้าน ฉบับ 13 ข้อ Patient Activation Measure ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินฉบับแปลเป็นไทยโดย กนกอร พิเดช และคณะ มี 13 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตรประเมินค่า มี 4 ระดับ คือ 1 (ไม่เห็นด้วยที่สุด) 2 (ไม่เห็นด้วย) 3 (เห็นด้วย) และ 4 (เห็นด้วยที่สุด) แสดงถึงความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วย การทดสอบความเที่ยงโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .74[14] เป็นค่าที่ยอมรับจึงไม่ได้ทดสอบซ้ำ

4.3) แบบติดตามผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติให้มีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเข้าใจถึงจุดประสงค์ ขั้นตอน จากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ดำเนินการคัดกรอง และดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 6 เดือน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเคารพสิทธิส่วนบุคคลในการเข้าร่วมหรือการถอนตัวในระหว่างงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หนังสือรับรองเลขที่ COA. MURA2023/199 วันที่อนุมัติ 14 มีนาคม พ.ศ. 2566 ภายหลังการอนุมัติผู้วิจัยเข้าขออนุญาตเพื่อชี้แจงรายละเอียดกับกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวมรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติด้านสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัวต่อโปรแกรมฯ และรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน โดยใช้สถิติบรรยายคำนวณ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์การจัดการตนเองที่บ้านของผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว ทำการทดสอบสมมุติฐาน พบว่าไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ส่วนประกอบด้วยเพศหญิง ร้อยละ 70 และเพศชายร้อยละ 30 อายุเฉลี่ย 82 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ดูแลรับจ้างร้อยละ 50 รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตรและคู่สมรส ร้อยละ 26 และ 16 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคมะเร็ง (neoplasm) ร้อยละ 24 รองลองมาร้อยละ 16 คือกลุ่มโรคระบบประสาท (nervous) และกลุ่มโรคระบบทางเดินปัสสาวะ (genitourinary) จำนวนโรคที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 4 โรค และจำนวนยากลับบ้านเฉลี่ย 16 ชนิด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของระดับค่าเฉลี่ยของข้อมูลทั่วไป และประวัติสุขภาพของผู้ป่วย (n = 50)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	30.00
หญิง	35	70.00
อายุ (ปี) (M = 82.44, SD = 9.970)		
ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	8	16.00
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	42	84.00
ผู้ดูแลหลัก		
คู่สมรส	8	16.00
บุตร	13	26.00
ผู้ดูแลรับจ้าง	25	50.00
อื่น ๆ	4	8.00
กลุ่มโรคที่เจ็บป่วย		
Circulatory	6	12.00
Neoplasms	12	24.00
Endocrine	3	6.00
Mental and behavioral	3	6.00
Nervous system	8	16.00
Respiratory system	6	12.00
Musculoskeletal system	3	6.00
Genitourinary system	8	16.00
Infection	1	2.00
จำนวนโรค (M = 4.18, SD = 1.40)		
จำนวนยากลับบ้าน (M = 16.68, SD = 6.57)		

2. การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	7	14.0
ไม่ใช่	43	86.0
รวม	50	100.0

พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 14

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล	M	SD
1. ได้รับการดูแลจากพยาบาลด้วยความห่วงใยเสมือนญาติมิตร	4.92	.27
2. ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลอย่างชัดเจน	4.88	.39
3. พยาบาลเข้าใจในปัญหาที่มีอยู่	4.82	.48
4. พยาบาลให้ความช่วยเหลือทันทีเมื่อต้องการ	4.84	.37
5. พยาบาลสนใจและเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพ	4.88	.39
6. ไว้ใจและยินดีเล่าปัญหาสุขภาพให้พยาบาลฟัง	4.90	.30
7. คำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้	4.84	.51
8. พยาบาลให้เวลาฉันในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหา	4.84	.55
9. พยาบาลให้เกียรติและยอมรับนับถือความเป็นคน	4.92	.44
10. พยาบาลติดตามปัญหาของฉัน/ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.88	.39
11. พยาบาลช่วยแก้ปัญหาของฉัน/ผู้ป่วยได้	4.92	.27
12. เข้ารับบริการจากพยาบาลได้ง่ายและสะดวก	4.74	.57
13. มั่นใจว่าฉัน/ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีจากพยาบาล	4.92	.27
14. ได้รับบริการจากพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ	4.90	.30
15. ถ้าเลือกได้ต้องการการบริการเหมือนที่ได้รับอยู่ขณะนี้	4.96	.20

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล มีความพึงพอใจในระดับมาก-มากที่สุดทุกข้อการประเมิน

3. ความสามารถในการจัดการตัวเองที่บ้านของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตัวเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank (n = 50)

ความสามารถในการจัดการตนเองที่บ้าน	Mean (SD) ระยะการทดลอง		Z	P-value (2-tailed)
	ก่อน	หลัง		
1. ฉันเป็นคนรับผิดชอบในการดูแลการเจ็บป่วยของตนเอง/ผู้ป่วย	3.42 (.73)	3.96 (.20)	-4.072[a]	<.001
2. บทบาทการดูแลสุขภาพเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพและความสามารถของตนเอง/ของผู้ป่วย	3.38 (.86)	3.88 (.33)	-3.566[a]	<.001
3. ฉันเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถป้องกัน จัดการอาการหรือปัญหาที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง/ผู้ป่วยได้	2.30 (.76)	3.76 (.43)	-5.802[a]	<.001
4. ฉันรู้จักสรรพคุณยา ขนาดของยาที่ใช้ในการรักษาตนเอง/ของผู้ป่วย	2.42 (.70)	3.80 (.45)	-6.154[a]	<.001
5. ฉันสามารถปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยได้ตามการรักษาของแพทย์	2.28 (.88)	3.88 (.33)	-5.823[a]	<.001

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตัวเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank (n = 50) (ต่อ)

ความสามารถในการจัดการตนเองที่บ้าน	Mean (SD) ระยะการทดลอง		Z	P-value (2-tailed)
	ก่อน	หลัง		
6. ฉันสามารถบอกอาการตนเอง/ผู้ป่วยกับแพทย์เมื่อต้องมีการรักษาได้	2.64 (.88)	3.92 (.27)	-5.721[a]	<.001
7. ฉันสามารถติดตามการรักษาและปฏิบัติตน/ผู้ป่วยได้เมื่ออยู่ที่บ้าน	2.42 (.76)	3.86 (.40)	-5.908[a]	<.001
8. ฉันเข้าใจกลไกและสาเหตุการเจ็บป่วยของตนเอง/ผู้ป่วย	2.72 (.78)	3.86 (.40)	-5.919[a]	<.001
9. ฉันเข้าใจความแตกต่างในแนวทางการรักษาของแพทย์	2.62 (.88)	3.88 (.39)	-5.730[a]	<.001
10. ฉันสามารถดำรงชีวิต/ดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ	2.22 (.79)	3.90 (.36)	-6.112[a]	<.001
11. ฉันรับรู้วิธีการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ	2.12 (.77)	3.92 (.34)	-6.082[a]	<.001
12. ฉันเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้	2.20 (.83)	3.74 (.49)	-5.939[a]	<.001
13. ฉันเชื่อมั่นว่าสามารถปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตภายใต้ความโศกเศร้า	2.78 (.68)	3.70 (.54)	-5.242[a]	<.001

a. Based on negative ranks.

พบว่า คะแนนผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม ฯ มีความมั่นใจในการจัดการตนเองที่บ้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ทุกข้อการประเมิน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม ฯ ผู้ป่วยสูงอายุมีการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 14 ซึ่งหากศึกษาข้อมูลเชิงลึกในรายบุคคลพบว่า เกิดจากโรคของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ โรคมะเร็งที่มีการลุกลาม 5 โรค วัณโรคที่ได้รับผลข้างเคียงจากยา 1 รวมเป็น 6 ราย โดยมีเพียง 1 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2 ที่เกิดจากการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ จากเสมหะอุดกั้นจากการดูดเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ดูแลยังไม่มั่นใจในการดูดเสมหะทางปากของผู้ป่วยสูงอายุรายนี้ และเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวดีและมีเสมหะมากจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และไม่สุขสบายในการดูดเสมหะจึงไม่สามารถให้ความร่วมมือในการดูดเสมหะได้ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงกว่าในปี พ.ศ. 2564-2565 ที่สูงถึงร้อยละ 8 อาจเนื่องมาจากโปรแกรม ฯ ที่นำเอา Transitional care Model ที่มีรูปแบบการดูแลที่มีมาตรฐานและครอบคุลมทุกมิติของการวางแผนจำหน่ายก่อนออกโรงพยาบาล และมีการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ตลอดจนครอบครัวและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การกลับเข้ามารักษาซ้ำลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้ Transitional care Model มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จะช่วยเพิ่มความรู้ให้กับผู้ดูแล ส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดการกลับเข้ามารักษซ้ำลดลง[15] และในโปรแกรมฯ ยังมีความเข้มข้นในทุกกระบวนการของพยาบาลเวชปฏิบัติ ตั้งแต่กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการประเมินการรับรู้เรื่องโรคและแผนการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความเครียด สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยที่บ้าน และโดยเฉพาะด้านการบริหารยา จากข้อมูลเฉลี่ยผู้ป่วยจะได้รับยาสูงถึง 16 ชนิด การทวนสอบคำสั่งยาที่ได้รับก่อนกลับบ้าน แจ้งเตือนผู้ป่วยถึงอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้น และให้คำแนะนำการจัดการเบื้องต้นที่บ้าน ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจนผ่านเกณฑ์การประเมินของโรงพยาบาล ตลอดจนมีการวางแผนจำหน่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และระบุปัญหาที่จำเป็นต้องส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้านปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมีการติดตามและให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ทันต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นได้ ตลอดจนการเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วยภายใต้สภาพแวดล้อมที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษา ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านของพยาบาลเวชปฏิบัติ มีผลต่อการลดอัตราของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยเฉพาะด่านหน้าคือแผนกฉุกเฉินและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[8] และการศึกษาที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติเยี่ยมบ้านช่วยลดการมาห้องฉุกเฉินลดลงร้อยละ ร้อยละ 35.6 ใน 6 เดือน[16]

2. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ในระดับมาก-มากที่สุดทุกข้อการประเมิน ซึ่งอาจเป็นผลจากการประยุกต์ใช้ Transitional care Model ในโปรแกรม ฯ ซึ่งมีการติดตามอย่างใกล้ชิดและหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านในวันแรกและมีพยาบาลให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจการใส่ใจในการให้บริการของพยาบาล และพยาบาลเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติจะมีองค์ความรู้ด้านที่จะการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น ตลอดจนด้านยาที่จะสามารถให้คำปรึกษาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลได้ ตลอดจนการยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อโปรแกรม ฯ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติที่ติดตามดูแลช่วยลดอัตราของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 30 วันและเกิดความพึงพอใจในการให้บริการค่อนข้างสูง[17]

3. จากผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อการประเมิน อาจเนื่องมาจากกระบวนการของโปรแกรม ฯ ที่ได้เริ่มวางแผนจำหน่ายตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีการเตรียมความพร้อมจนทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล มั่นใจว่าจะสามารถจัดการดูแลตนเองที่บ้านได้ และจากการติดตามหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามรูปแบบ Transitional care Model สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการนำ telehealth เข้ามาใช้ในการให้บริการสุขภาพ และช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังคงได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น[18] ตลอดจนการเยี่ยมบ้านและได้ทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้านยังเป็นการสนับสนุนทางด้านสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และเกิดความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางด้านสังคม[19]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการศึกษาพบว่า หลังจากมีการใช้โปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง เกิดความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล และมีความสามารถในการจัดการตนเองที่บ้านได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่อาจมีความซับซ้อนในการดูแล เช่น ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อวัดความสามารถในการจัดการตนเองเกิดขึ้นกับผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ในระยะสั้น 3 เดือน และ ระยะยาว คือ 6 เดือน

ข้อเสนอแนะด้านบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติกับ Transitional care Model

Transitional care Model เป็นรูปแบบที่มีความสำคัญและเป็นมาตรฐานสากลของการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ และการรักษาเบื้องต้น หากพยาบาลเวชปฏิบัติมีการบูรณาการนำเอา Transitional care Model มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านจะทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนเกิดเป้าหมายการพัฒนาความยั่งยืนด้านสุขภาพ (Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติต่อไป

References

1. Foundation of Thai gerontology research and development institute (TGRI). Situation of the Thai older persons 2022. Bangkok: Amarin corporations public company limited; 2022. (in Thai)
2. Ministry of digital economy and society.The 2021 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: Printed by; 2022. (in Thai)

3. Sambamoorthi U, Tan X, Deb A. Multiple chronic conditions and healthcare costs among adults. Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2015;15(5):823-32.
4. Puengchompoo W. Gerontological nursing : interested common health issues 2. Faculty of Nursing Chiang Mai university:NPT Printing; 2022. (in Thai)
5. Sereewichayasawad N, Sriprasarn P. The roles of home health care nurse in the university hospital. Journal of public health nursing. 2014;28(2):92-108. (in Thai)
6. Nimit-arnun. Applying the Transitional Care Model in Caring for Older Adults with Heart Failure. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2023;10(1):5-19. (in Thai)
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nurse practitioners role of nursing specialty in nurse practitioner (primary medical care). Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2022. (in Thai)
8. Mary Moore J. Evaluation of the efficacy of a nurse practitioner-led home-based congestive heart failure clinical pathway. Home Health Care Services Quarterly 2016;35(1):39–51.
9. Sritragool R, Nuntaboot K. The practice of nurses practitioners in the context of primary health care Thailand. Research and Development Health System Journal. 2021;14(2):265-78. (in Thai)
10. Jarujit S, Aramsin R, Prachanno W. Home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers. Journal of Phrapokklao Nursing College 2019;30(1):54-68. (in Thai)
11. Enguidanos S, Gibbs N, Jamison P. A Brief Nurse Practitioner Intervention for Vulnerable Older Adults. Journal of Gerontological Nursing 2012;38(3):40-9.
12. Department of Medical services. Guide to screening and assessing the health of the elderly. Bangkok: Najanta creation; 2021. (in Thai)
13. Suedee N, Hanucharoenkul S. patient satisfaction nursing care assessment questionnaire. Ramathibodi Nursing Journal 2011;17(2): 264-75. (in Thai)
14. Pidet K, Nanthaitaweekul P, Kespichayawattana J. Relability and exploratory factor analysis of Thai version for the patient activation measure short from questionnaire. Journal of the Police Nurse 2020;11(1):235-42. (in Thai)
15. Kasornsun P, A Transitional Care Model for Stroke Patients at Chaopraya Yommarat Hospital. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2015;25(1):83-96. (in Thai)
16. Coppa D, Winchester SB, Roberts MB. Homebased nurse practitioners demonstrate reductions in re-hospitalizations and emergency department visits in a clinically complex patient population through an academic–clinical partnership. Journal of the American Association of Nurse Practitioners 2018;30(6):335-43.
17. Dwyer T, Craswell A, Rossi D, Holzberger D. Evaluation of an aged care nurse practitioner service:quality of care within a residential aged care facility hospital avoidance service. BMC Health Services Research 2017;17(1):1-11.
18. Mangklakeeree 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)
19. Sangsrijun J, Nakagasien P, Koshakri R. Predicting Factors of Palliative Care Health Literacy among Family Caregivers in Bangkok Metropolis. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023 24;(2):152-61. (in Thai)

ระดับของความสุขและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในศตวรรษที่ 21

Level of Happiness and Factors Associated with Happiness among 21st Century Undergraduate Students, Chaiyaphum Rajabhat University

กมลรัตน์ ทองสว่าง* ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด ยุภดี สงวนพงษ์ อธิษฐาน ไชยเรือง
Kamonrut Tongsawang* Suptawee Hirungerd Yupahdi Sanguanphong Atithan Chairuang
มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย 36000
Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum Province, Thailand, 36000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความสุขและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีภาคปกติมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีการศึกษา 2563 ชั้นปีที่ 1-4 จากการสุ่มแบบบังเอิญ จำนวน 386 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับดัชนี ชี้วัดความสุข (TMHI -55) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 55 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต S.D. t-test one-way ANOVA และสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 84.2 ของนักศึกษามีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป นักศึกษามีระดับความสุขแตกต่างกันตามชั้นปี คณะที่กำลังศึกษา และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และปัจจัยด้านชั้นปีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -0.143, p<.01)

คำสำคัญ: ระดับของความสุข, ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสุข, นักศึกษา

Abstract

This research aimed to investigate the happiness levels, the factors related to happiness, and personal factors associated with the happiness of undergraduate students at Chaiyaphum Rajabhat University in the 21st century. The study sampled 386 undergraduate students from the regular undergraduate programs at Chaiyaphum Rajabhat University in the 2020 academic year, encompassing students from years one to four. The participants were selected through random sampling.

The research utilized two questionnaires: a personal information questionnaire and the Thai Mental Health Indicator-55 (TMHI-55) questionnaire developed by the Department of Mental Health. The TMHI-55 questionnaire consists of 55 items and employs a 4-point Likert scale. Data analysis was performed using various statistical methods, including percentages, means, standard deviations, t-tests, one-way ANOVA, and Pearson correlation coefficients.

Corresponding Author: *E-mail: tongsawangk@cpru.ac.th

วันที่รับ (received) 11 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ต.ค. 2566

The research findings indicated that 84.2% of the students reported lower levels of happiness compared to the general population. Furthermore, there were significant differences in happiness levels among students based on their academic year, faculty of study, and average monthly family income. The analysis also revealed a statistically significant negative correlation between academic year and happiness (r = -0.143, p<.01).

In summary, this study aimed to explore the happiness levels and factors associated with the happiness of undergraduate students at Chaiyaphum Rajabhat University in the 21st century. It found that happiness levels varied based on factors such as academic year, faculty of study, and family income, with a significant negative correlation between academic year and happiness.

Keywords: Level of Happiness, Factors Associated with Happiness, student

บทนำ

การศึกษานั้นถือว่าเป็นกลไกที่สำคัญในการช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน เพราะสถาบันอุดมศึกษาต้องช่วยพัฒนาความคิดความเข้าใจตนเองและค่านิยมส่วนบุคคลด้วย[1] ทำให้นักศึกษามีแนวคิดการพัฒนาเป้าหมายในชีวิตต่อไป จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 6 ที่ว่าด้วย “การจัดการศึกษาต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติ ปัญญา ความรู้ และคุณธรรมในการดำรงชีวิต และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข” ความสุขจึงเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งที่แสดงถึงความพร้อมในการปฏิบัติงานและการมีจิตบริการ (service mind)[2] ความสุขนั้นเป็นอารมณ์และความรู้สึกในทางบวกที่มีการตอบสนองต่อความต้องการความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ไม่มีความรู้สึกซึมเศร้า ความเศร้าโศกเสียใจและอารมณ์ด้านลบ อันเป็นสิ่งที่บุคคลทุกช่วงวัยปรารถนา[3] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับความสุขจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

ความสุขเป็นตัวบ่งชี้ถึงความพร้อมทางการศึกษา เพราะความสุขเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตในระดับอุดมศึกษาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มีบทบาทและหน้าที่หลักในการจัดการศึกษาและพัฒนาคนให้เป็น “คนดี มีคุณธรรม นำสังคม” การส่งเสริมให้นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เกิดความสุขจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะส่งผลให้เกิดพลังในการเรียนและส่งเสริมให้นักศึกษาทำกิจกรรมได้อย่างสร้างสรรค์ ซึ่งนักศึกษาเป็นช่วงวัยที่มีการปรับตัวอย่างมากกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมและบรรยากาศการเรียนที่แตกต่างไปจากระดับมัธยมศึกษา เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิตและคุณภาพการเรียนของนักศึกษาระหว่างที่ใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหรือสถาบันผู้ผลิตบัณฑิตจึงต้องให้ความสำคัญกับการออกแบบการจัดการเรียนการสอน รวมทั้งการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งบัณฑิตที่มีความพร้อมทั้งความรู้ มีทักษะเฉพาะในแต่ละสาขาที่เรียนและมีชีวิตที่เป็นสุข[4] จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาพบว่าผลของการศึกษาระดับความสุขของนักศึกษามีทั้งมีระดับความสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก บางงานวิจัยก็พบว่ามีระดับความสุขอยู่ในระดับปกติเท่ากับคนทั่วไป และระดับความสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยกว่าคนทั่วไป จากผลของงานวิจัยที่ยังมีความแตกต่างกันนี้ แสดงให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อระดับความสุขของนักศึกษาเพื่อจะได้นำผลวิจัยที่ได้นั้นมาเป็นข้อมูลประกอบการบริหารจัดการ การเรียนการสอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาปรับใช้พัฒนาต่อยอด ซึ่งยังมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสุขของนักศึกษาจำนวนน้อย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจและเล็งเห็นความจำเป็นในการศึกษาระดับของความสุข และปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี รวมทั้งนำไปสู่การจัดการบริการหรือจัดกิจกรรมที่สนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาให้เป็นผู้มีความสุขในการเรียน สามารถดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยได้อย่างมีความสุข ประสบความสำเร็จ เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ มีคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ของมหาวิทยาลัยและประเทศชาติ เป็นคนที่สมบูรณ์ มีวินัย ใฝ่รู้มีความรู้ มีทักษะ

มีความคิดสร้างสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่ดี รับผิดชอบต่อสังคม มีจริยธรรมและคุณธรรม เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าในศตวรรษที่ 21 เพื่อทำประโยชน์ให้แก่สังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในศตวรรษที่ 21

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาระดับของความสุขและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในศตวรรษที่ 21 มีกรอบแนวคิดในการวิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความสุข[5] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพของจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ 4) ปัจจัยสนับสนุน โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะที่กำลังศึกษา รายได้เฉลี่ยครอบครัว รายได้รวมเฉลี่ยทั้งหมดต่อเดือน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน เกรดเฉลี่ยสะสม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน มีระดับความสุขแตกต่างกัน
2. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในศตวรรษที่ 21

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากรคือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 2,946 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 386 คน โดยใช้สูตร การหากลุ่มตัวอย่างของทาโร่ยามาเน่[6] ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 353 คน และบวกความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 386 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะที่กำลังศึกษา รายได้เฉลี่ยครอบครัว รายได้รวมเฉลี่ยทั้งหมดต่อเดือน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน เกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดความสุข (TMHI - 55)7 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 55 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจ มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ (ข้อ 1-13) ด้านสมรรถภาพของจิตใจ มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ (ข้อที่ 14-28) ด้านคุณภาพของจิตใจ มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ (ข้อที่ 29-43) และด้านปัจจัยสนับสนุน มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ (ข้อที่ 44-55) โดยแบ่งระดับความรู้สึก ออกเป็น 4 ระดับ คือไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่มในการให้คะแนน ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางบวก จำนวน 42 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45,46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย ให้ 1 คะแนน ตอบเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ตอบมาก ให้ 3 คะแนน ตอบมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางลบ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 25, 26, 27, 28 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย ให้ 4 คะแนน ตอบเล็กน้อย ให้ 3 คะแนน ตอบมาก ให้ 2 คะแนน ตอบมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

การแปลผลการประเมิน

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน เมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้วและรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

179 – 220 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตดีมากกว่าคนทั่วไป (Good)

158 – 178 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

157 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI - 55) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ไปทดลองใช้กับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เอกสารรับรองเลขที่ 005-2563 วันที่รับรอง 28 สิงหาคม 2563 ในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ร่วมโครงการวิจัยรับทราบถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้มีความเข้าใจตรงกัน ทั้งนี้ผู้ร่วมโครงการมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม หรือขอยกเลิกได้โดยไม่มีเงื่อนไข และข้อมูลที่ได้จะนำเสนอโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในทุกกรณี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะศิลปะศาสตร์และวิทยาศาสตร์ คณะบริหารธุรกิจ คณะรัฐศาสตร์ คณะครุศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในการขอเก็บข้อมูลจากนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 386 คน ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ร่วมโครงการวิจัยทราบถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม

ทั้งนี้ผู้ร่วมโครงการมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในทุกกรณี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ S.D. t-test one-way ANOVA และสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์หาค่าความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. เปรียบเทียบระดับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลเป็นรายกลุ่ม โดยด้านเพศเปรียบเทียบระดับความสุขโดยใช้สถิติ Independent t-test ส่วนด้านชั้นปี ด้านคณะที่กำลังศึกษา ด้านเกรดเฉลี่ย ด้านรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ด้านรายได้รวมเฉลี่ยของนักศึกษาต่อเดือน และด้านค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือนใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One-way ANOVA

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 386 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 42.4 ชั้นปีของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชั้นปี 1 ร้อยละ 27.2 และชั้นปี 2 ร้อยละ 27.2 รองลงมาได้แก่ ชั้นปี 3 ร้อยละ 26.9 และชั้นปี 4 ร้อยละ 18.7 ตามลำดับ สำหรับคณะที่กำลังศึกษาอยู่พบว่า ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่คณะครุศาสตร์ ร้อยละ 49.0 รองลงมาได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ ร้อยละ 15.8 และคณะรัฐศาสตร์ ร้อยละ 12.4 ส่วนคณะที่กำลังศึกษาอยู่น้อยที่สุดได้แก่ คณะวิศวกรรมศาสตร์ ร้อยละ 2.3 ส่วนข้อมูลเกรดเฉลี่ยสะสม พบว่า ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 3.01-3.50 ร้อยละ 53.9 รองลงมาได้แก่ เกรดเฉลี่ยช่วง 2.51-3.00 ร้อยละ 31.1 และช่วง 2.00-2.50 ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านรายได้ พบว่า ข้อมูลรายได้

เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,000-19,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.4 รองลงมาได้แก่ 20,000-29,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 18.7 และ 50,000 ขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 12.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยที่สุด ได้แก่ 40,000-49,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 3.9 ส่วนข้อมูลรายได้รวมเฉลี่ยของนักศึกษาต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษามีรายได้รวมเฉลี่ย 3,000-4,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.8 รองลงมาได้แก่ 5,000-6,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.1 และ 7,000-8,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 3.1 ตามลำดับ ด้านข้อมูลค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,001-3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.4 รองลงมาได้แก่ 3,001-4,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.1 และ 1,000-2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 5.4 ตามลำดับส่วนค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือนที่น้อยที่สุด ได้แก่ 5,001-6,000 ร้อยละ 0.5

2. ระดับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 ในภาพรวม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในภาพรวม

ระดับคะแนนความสุขเกณฑ์ปกติ	ระดับความสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
179-220 คะแนน	มากกว่าคนทั่วไป	5	1.3
158-178 คะแนน	เท่ากับคนทั่วไป	56	14.5
157 คะแนนหรือน้อยกว่า	ต่ำกว่าคนทั่วไป	325	84.2
รวม		386	100.0

จากตารางที่ 1 แสดงถึงระดับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 ในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่นักศึกษามีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 84.2 รองลงมาได้แก่ มีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 14.5 และมีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบระดับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ด้านชั้นปี ด้านคณะที่กำลังศึกษา และด้านรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความแตกต่างเป็นรายกลุ่ม จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้ Scheffe Analysis โดยมีผลการวิเคราะห์ ตามลำดับดังนี้ (ตารางที่ 2 3 และ 4)

ตารางที่ 2 แสดงผลความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านชั้นปี กับระดับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในศตวรรษที่ 21

	ชั้นปี 1	ชั้นปี 2	ชั้นปี 3	ชั้นปี 4
ชั้นปี 1	-			
ชั้นปี 2	-4.40952	-		
ชั้นปี 3	2.12608	6.53581	-	
ชั้นปี 4	6.15833	10.56786*	4.03205	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 ผลความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านชั้นปีกับระดับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีระดับความสุขแตกต่างกันกับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 แสดงผลความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านคณะที่กำลังศึกษา กับระดับความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21

	ศิลปะศาสตร์และวิทยาศาสตร์	บริหารธุรกิจ	รัฐศาสตร์	ครุศาสตร์	วิศวกรรมศาสตร์	พยาบาลศาสตร์
ศิลปะศาสตร์และวิทยาศาสตร์	-					
บริหารธุรกิจ	9.52635	-				
รัฐศาสตร์	22.23106*	12.70471*	-			
ครุศาสตร์	7.19336	-2.33299	-15.03770*	-		
วิศวกรรมศาสตร์	3.05051	-6.47585	-19.18056	-4.14286	-	
พยาบาลศาสตร์	6.97218	-2.55417	-15.25888*	-0.22118	3.92168	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 ผลความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านคณะที่กำลังศึกษากับระดับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 พบว่า คณะรัฐศาสตร์ มีระดับความสุขแตกต่างกันกับคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ คณะบริหารธุรกิจ คณะครุศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ผลความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน กับระดับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21

	น้อยกว่า	10,000-	20,000-	30,000-	40,000-	50,000 ขึ้นไป
น้อยกว่า 10,000	-					
10,000-19,999	14.58467*	-				
20,000-29,999	10.94444	-3.60423	-			
30,000-39,999	12.55285	-2.03182	1.60840	-		
40,000-49,999	23.40000*	8.81533	12.45556	10.84715	-	
50,000 ขึ้นไป	13.46099	-1.12368	2.51655	0.90815	-9.93901	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 ผลความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนกับระดับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 พบว่า นักศึกษาที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มีระดับความสุขแตกต่างกันกับนักศึกษาที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,000-19,999 บาทและ 40,000-49,999 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัย ราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21

ตัวแปร	ความสุขของนักศึกษา		
	Pearson Correlation (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ	0.075	0.142	ไม่มีความสัมพันธ์
ชั้นปี	-0.143**	0.005	สัมพันธ์น้อย
คณะที่กำลังศึกษา	0.015	0.776	ไม่มีความสัมพันธ์
เกรดเฉลี่ย	0.047	0.358	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน	-0.070	0.168	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้รวมเฉลี่ยของนักศึกษาต่อเดือน	-0.042	0.413	ไม่มีความสัมพันธ์
ค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือน	-0.045	0.377	ไม่มีความสัมพันธ์

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านชั้นปี มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.143$, $p<0.01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องระดับของความสุขและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในศตวรรษที่ 21 ผู้วิจัยมีประเด็นที่จะอภิปรายผล ดังนี้

ระดับของความสุข ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 ในภาพรวม โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ($\bar{X}$ = 139.34) และโดยรวม มีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 325 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 รองลงมามีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 และมีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ตามลำดับ จากผลการวิจัยที่พบว่า ระดับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 ในภาพรวม โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ($\bar{X}$ = 139.34) และโดยรวม มีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 325 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า นักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 เป็นเยาวชนที่ก้าวเข้ามารับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ในขณะเดียวกันในช่วงวัยของนักศึกษาเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตและพัฒนา โดยอายุเฉลี่ยพบว่ายังอยู่ในช่วงวัยของวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งถือว่าเป็นช่วงวัยเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ซึ่งต้องใช้การปรับตัวเพื่อให้ดำเนินชีวิตในช่วงวัยนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องเผชิญกับปัญหาด้านต่างๆ อีกทั้งความคาดหวังของผู้ปกครองและสังคมในเรื่องของการเรียนในสถาบันอุดมศึกษา ความคาดหวังของอาจารย์ที่มีต่อความสามารถของนักศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความสุขของนักศึกษาพยาบาลโดยรวม มีความสุขในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 98.05 และมีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 1.94 ซึ่งนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่อยู่ภายใต้ความกดดัน มีความเครียดสูง และมีความสุขในการเรียนค่อนข้างน้อย เนื่องมาจากการที่ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ และมีความจำเป็นต้องมีการดำรงชีวิตกับบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย อีกทั้งมีวิชาเรียนที่มีความและการฝึกปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความสูญเสีย ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเบื่อหน่ายในการเรียน เกิดการเรียนรู้ที่ไม่ดี ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ มีความสุขอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป[7,8,9]

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความสุข จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ คณะที่กำลังศึกษา เกรดเฉลี่ย รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน รายได้รวมเฉลี่ย

ของนักศึกษาต่อเดือน และค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05[10]

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านชั้นปีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.143$, $p<.01$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาวิจัยการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษา ระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีการศึกษา 2559 ซึ่งพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสุข ตามภูมิหลังของนักศึกษา พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความสุขด้านครอบครัว คะแนนเฉลี่ยสะสมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขด้านความมีน้ำใจ รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขด้านสุขภาพ และความสุขโดยรวม นักศึกษาที่มี ทุนการศึกษาจากการกู้ยืมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขด้านสุขภาพการเงิน นักศึกษาที่เคยได้รับทุนการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขด้านครอบครัว นักศึกษามีรายได้รวมเฉลี่ยทั้งหมดต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขด้านจิตวิญญาณ[11]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 โดยเฉลี่ยและโดยรวมมีระดับความสุขส่วนมากอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป อาจารย์และผู้บริหารควรนำข้อมูลที่ได้นี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขและภาวะสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งแนะแนวทางในการให้คำปรึกษากับนักศึกษาในการส่งเสริมความสุขและภาวะสุขภาพจิตที่ดีอย่างถูกวิธีให้เหมาะสมแก่นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในศตวรรษที่ 21 เพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้นักศึกษามีระดับความสุขและภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นอย่างน้อยควรอยู่ในระดับปกติเท่ากับคนทั่วไปเป็นส่วนใหญ่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่มีความสุขน้อยกว่าปกติหรือน้อยกว่าคนทั่วไป ด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ สาเหตุ ที่ทำให้มีความสุขน้อยกว่าปกติหรือน้อยกว่าคนทั่วไป

2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

3. ควรศึกษาความคิดเห็นของทุกฝ่ายในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพของสถาบันการศึกษาที่ประสบความสำเร็จในการนำแนวทางการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษา โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีมุมมองผู้ปฏิบัติที่หลากหลาย โดยครอบคลุมประเด็นสภาพการดำเนินงาน สภาพปัญหาอุปสรรค ผลการดำเนินงานปัจจัยที่เอื้อต่อจุดแข็ง จุดอ่อน และความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ

4. การศึกษาการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จากข้อค้นพบของงานวิจัยที่พบว่าระดับความสุขมากที่สุดคือ ต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 84.2

References

1. Promsao K. The Heart of Higher Education: A Call to Renewal. Bangkok: Suan yern mema; 2014. (in Thai)
2. Srikhamsuk Seito A., Woraharn W. and Senarak W. Nursing Students' Happiness. Bachelor Degree of Nursing, Khong Kaen University. Nursing and Health Journal. 2011; 34 (2):70-9. (in Thai)
3. Depuy HJ. The general well-being schedule in a measuring health: a guide to rating scale and questionnaires. New York: Oxford University; 1977.
4. Sonveerawong J. et. al. Happiness of Students of Walailak University. Songkhla Nakarin Medical Journal. 2017; 34 (5):269-79. (in Thai)
5. Mongkol A, Wongpiromsarn Y, Tungsaree T, Huttaphanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai mental health indicator (version 2007): Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Printed Agricultural Cooperative Federation of Thailand. Bangkok; 2009. (in Thai)

6. Ekakul T. Research methodology in behavioral science. and social sciences. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat Institute; 2000. (in Thai)
7. Tongsawang K. Happiness of Nursing Students of Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 302-11. (in Thai)
8. Kasemsuk K., Wichainate K. A study of the Happiness of Air Force Student Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(3): 228-35. (in Thai)
9. Luonprom N. and Kensila U. Factors related to the happiness level of nursing students. Ratchathani University Udon Thani Campus. Academic Conferences and National Research Presentations Rajathanee Academic Conference No. 3, “Innovations that Transform Global Society”, Ubon Ratchathani. 2018.
10. Onsri P, Chaleoykitti S. Nursing learning provision for happiness: role of teacher and learners. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2013; 14(1): 8-16. (in Thai)
11. Phaneukram J. Factors Related to Happiness of Undergraduate Students of Suranaree University of Technology. 2016. Research Report, Suranaree University of Technology. 2017. (in Thai)

ผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

The Effect of Coronavirus 2019 Infection in Pregnant Women : A Systematic Review

กาญจนา ศรีสวัสดิ์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล*
Kanjana Srisawad Somjai Puttapithukpol*
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
School of Nursing, Sukhothai Thammathirat open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ ใช้รูปแบบงานวิจัยตามแบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ประกอบด้วย โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020-2022 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) แบบประเมินคุณภาพการวิจัย และ 3) แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปความ

ผลการศึกษาพบว่า จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีจำนวน 26 เรื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ คือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตร การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ผลกระทบด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์พบภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและความวิตกกังวล สำหรับผลกระทบของการติดไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ต่อทารก คือ การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า และทารกน้ำหนักน้อยซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ควรไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับสตรีตั้งครรภ์และทารก

คำสำคัญ : เชื้อไวรัสโคโรนา 2019, สตรีตั้งครรภ์

Abstract

The purpose of this systematic review was to summarize knowledge from research on the effects of Coronavirus 2019 infection in pregnant women. The research model was used according to The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery consisting of selecting research published from 2020 to 2022. Research tools consisted of 1) Inclusion criteria form 2) Critical appraisal form and 3) Data extraction form. Analyze the data by narrative summary

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

วันที่รับ (received) 9 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ธ.ค. 2566

The study found that a systematic review, there were 26 studies affecting pregnant women, namely premature labor, miscarriage, caesarean section, maternal death, premature rupture of the membranes and psychosocial effects of pregnant women showed increased depression and anxiety. Effect of Coronavirus 2019 infection in pregnant women on their babies is neonatal deaths, fetal distress, fetal growth retardation and low birth weight. The results of this systematic review should be used as a guideline for the care of pregnant women in order to prevent potential adverse effects on pregnant women and their infants.

Keyword: Coronavirus 2019 infection, Pregnant women

บทนำ

โรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกระจายไปทั่วโลก เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (novel coronavirus 2019) พบการระบาดของเชื้อครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การติดเชื้อโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563[1] จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อเป็นวงกว้าง ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ยังไม่พบหลักฐานที่แน่ชัดว่าจะมีอาการและอาการแสดงแตกต่างจากคนทั่วไป หรือมีความเสี่ยงสูงที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และยังไม่พบหลักฐานที่แน่ชัดว่าจะเกิดการติดเชื้อผ่านทางรกไปยังทารกในครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ สำหรับผลของการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์และทารก ยังสรุปไม่ได้ชัดเจนเนื่องจากหลักฐาน การศึกษาที่เกี่ยวข้องยังมีจำกัดและจำกัดด้วยระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งอาจส่งผลต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกได้ จากศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2020 ที่ตรวจคัดกรองผู้คลอดจำนวน 161 คน พบว่าติดเชื้อ 32 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.9 ของผู้คลอดในช่วงที่ศึกษา โดยในจำนวนนี้เกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.6) ไม่แสดงอาการ[2]

สตรีที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชื้ออาจส่งผลต่อสตรีตั้งครรภ์ อาทิอาจการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ภาวะปอดบวม ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมจากในกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 31 ราย พบจำนวน 2 ราย ที่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตในระยะหลังคลอด อาจเกิดภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด[3] สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 9 ราย มีจำนวน 2 ราย ที่มีภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด[4] และอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ได้ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่หลักฐานที่ระบุสาเหตุการเสียชีวิตที่แน่นอน[5]

สำหรับผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อทารก ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เนื่องจากยังไม่พบหลักฐานว่าจะเกิดการติดเชื้อผ่านทางรกไปยังทารกในครรภ์ การติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแท้งบุตร ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกขาดออกซิเจน ภาวะการหายใจลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อสามารถส่งผลกระทบหรือมีภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ อาจทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน เสี่ยงต่อภาวะแท้งบุตร และภาวะการหายใจลำบากได้[6] และสอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ในสหรัฐอเมริกา พบว่าทารกในครรภ์มีภาวะการขาดออกซิเจน[7] และการศึกษาในประเทศจีน พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้ออาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าและภาวะแท้งบุตร ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด[8] สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ 21 ราย ที่มีการคลอดก่อนกำหนดและจำนวน 6 ราย ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด[9] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้ออาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น การคลอดก่อนกำหนด[8] และจากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ในสหรัฐอเมริกา พบมีการคลอดก่อนกำหนด[7] มีบางรายงานที่พบว่าส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกติดเชื้อจากสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะการขาดออกซิเจน เสี่ยงต่อภาวะแท้งบุตร ทารกเจริญเติบโตช้า การคลอดก่อนกำหนด และการเสียชีวิต

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยใช้รูปแบบงานวิจัยตามแบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์[10] เพื่อสรุปองค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลต่อตัวสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอและยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ในการเกิดโรคระบาดอุบัติใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสรุปองค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์

วิธีการวิจัย

เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยใช้รูปแบบงานวิจัยตามแบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์[10]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกเอกสารที่ตีพิมพ์ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ในระยะเวลาย้อนหลัง 3 ปี คือ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020 ถึง ค.ศ. 2022

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria form) ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ

2) แบบประเมินคุณภาพการวิจัย (Critical appraisal form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของสถาบันโจแอนนาบริกส์10

3) แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (Data extraction form) สำหรับการลงบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกมา ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์

การหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือดังกล่าว ซึ่งเป็นเครื่องมือตามมาตรฐานของสถาบันโจแอนนาบริกส์จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนดตามขั้นตอนดังนี้ (1) การกำหนดคำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้นข้อมูลทั้งที่เป็นภาษาไทยและอังกฤษ โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นประกอบด้วย “COVID-19 in pregnancy, The effect of COVID-19 in pregnancy, COVID-19 infection in pregnant women” และการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น (2) กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลโดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, EBSCO, MEDLINE, PubMed, Web of Science, Scopus, ฐานข้อมูลในประเทศไทย ได้แก่ ThaiJo, ThaiLIS และ (3) ผู้วิจัยทำการสืบค้นงานวิจัยด้วยวิธีการสืบค้นต่าง ๆ

2. การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยอ่านงานวิจัยที่สืบค้นได้ ดูจากชื่อเรื่อง/บทคัดย่อแล้วทำการคัดเลือกลงแบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยอ่านงานวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วสรุปลงในแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานวิจัย

4. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสกัดข้อมูลบันทึกลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สรุปผลโดยใช้การสรุปความ (Narrative summary) เพื่อตอบคำถามการทบทวน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอผ่านคณะทำงานวิจัยของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่เสนอโครงการวิจัย พศ 1/2565 เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2565 และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 11/2566 เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

งานวิจัยที่คัดเลือกเข้ามาทั้งหมดมีจำนวน 2,197

เรื่อง และที่ผ่านเกณฑ์ตามคุณสมบัติตามที่กำหนดมีจำนวน 26 เรื่อง คัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อที่เข้าเกณฑ์มีจำนวน 1,258 เรื่อง และคัดออกจำนวน 939 เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนวัคซีน การวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วยโควิด อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้คัดกรองบทความวิจัยที่มีข้อมูลฉบับเต็มมีจำนวน 340 เรื่อง หลังจากอ่านฉบับเต็มแล้วได้คัดออกจำนวน 315 เรื่อง เนื่องจากไม่เกี่ยวกับผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นจำนวนบทความวิจัยที่คัดเข้าตามเกณฑ์มีจำนวนทั้งหมด 26 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยเกี่ยวกับ 1) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานมีจำนวน 13 เรื่อง 2) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีจำนวน 9 เรื่อง 3) การวิเคราะห์อภิมานมีจำนวน 1 เรื่อง 4) การทบทวนมีจำนวน 1 เรื่อง 5) บทความวิจัยมีจำนวน 1 เรื่อง และ 6) การบรรยายมีจำนวน 1 เรื่อง

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ พบผลกระทบตั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (ดังตารางที่ 1) มีดังนี้

ผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อสตรีตั้งครรภ์ : การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตร การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและความวิตกกังวลในระยะสตรีตั้งครรภ์

ผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อทารกในครรภ์ : การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า และทารกน้ำหนักน้อย

ตารางที่ 1 สรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์

ที่	ชื่อผู้แต่ง	ปี	ชนิดของบทความ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
1	Allotey, et al.[11]	2022	systematic review and meta-analysis	472 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 28,952 คน ทารก 18,237 คน	- ทารกตายแรกเกิด
2	Calvert, et, al.[12]	2022	systematic review	7 บทความ	- อัตราการเสียชีวิตของมารดา
3	Deng, Ma, Liu, Du, Liu and Liu[13]	2022	systematic review and meta-analysis	สตรีตั้งครรภ์ 99,567 คน	- อัตราการเสียชีวิตของมารดา - คลอดก่อนกำหนด - แท้งบุตร - ทารกตายแรกเกิด
4	Hawco, et, al.[14]	2022	systematic review and meta-analysis	38 บทความ	- คลอดก่อนกำหนด - ทารกตายแรกเกิด - ทารกน้ำหนักน้อย
5	Sahu, Laishram, Rannaware and Choudhari[15]	2022	systematic review	สตรีตั้งครรภ์ 67,271 คน	- แท้งบุตร - ทารกตายแรกเกิด - คลอดก่อนกำหนด - ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า
6	Sheikh, et, al.[16]	2022	meta-analysis	311 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 2,003,724 คน	- อัตราการเสียชีวิตของมารดา - ทารกตายแรกเกิด
7	Yang, D'Souza, Kharrat, Fell, Snelgrove and Shah[17]	2022	systematic review and meta-analysis	37 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 1,677,858 คน	- คลอดก่อนกำหนด - ทารกตายแรกเกิด - low birth weight - อัตราการเสียชีวิตของมารดา

ที่	ชื่อผู้แต่ง	ปี	ชนิดของบทความ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
8	Ahmad and Vismara[18]	2021	Review	17 บทความ	- increase in depression - anxiety symptoms
9	Banaei, et, al.[19]	2021	systematic review	16 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 123 คน	- ทารกในครรภ์มีภาวะคับขัน - ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด - คลอดก่อนกำหนด
10	Dube and Kar[20]	2020	systematic review	34 บทความ ทารก 1,388 คน	- คลอดก่อนกำหนด - การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง - ทารกตายแรกเกิด
11	Chmielewska, et, al.[21]	2021	systematic review and meta-analysis	40 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 168,295 คน	- ทารกตายแรกเกิด - คลอดก่อนกำหนด
12	Dubey, et, al.[22]	2021	systematic review and meta-analysis	66 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 1,239 คน	- คลอดก่อนกำหนด
13	Kazemi, et, al.[23]	2021	systematic review	11 บทความ	- แท้งบุตร
14	Karimi, Makvandi, Vahedian-Azimi, Sathyapalan and Sahebkar[3]	2021	systematic review and meta-analysis	17 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 11,758 คน	- อัตราการเสียชีวิตของมารดา - การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
15	Rodrigues, Baía, Domingues and Barros[24]	2021	systematic review	161 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 3,985 คน	- การแท้งบุตร - ทารกตายแรกเกิด - คลอดก่อนกำหนด
16	Wei, Bilodeau-Bertrand, Liu and Auger[25]	2021	systematic review and meta-analysis	42 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 438,548 คน	- คลอดก่อนกำหนด - ทารกตายแรกเกิด
17	Yan, Ding and Guo[26]	2020	systematic review and meta-analysis	23 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 3,677 คน	- วิตกกังวลและซึมเศร้า
18	Allotey[27]	2020	systematic review and meta-analysis	435 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 926,232 คน	- อัตราการเสียชีวิตของมารดา - คลอดก่อนกำหนด
19	Chamseddine, Wahbeh, Chervenak, Salomon, Ahmed and Rafii[28]	2020	systematic review	48 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 285 คน	- คลอดก่อนกำหนด - ทารกตายแรกเกิด - การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
20	Chi, et al.[29]	2021	systematic review	14 บทความ ทารก 105 คน	- คลอดก่อนกำหนด
21	Diriba, Awulachew and Getu[30]	2020	systematic review and meta-analysis	39 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 1,316 คน	- คลอดก่อนกำหนด - แท้งบุตร - ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด - ทารกในครรภ์เตชจริญเติบโตช้า - การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง - ทารกตายแรกคลอด

ที่	ชื่อผู้แต่ง	ปี	ชนิดของบทความ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
22	Gao[31]	2020	systematic review and meta-analysis	14 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 236 คน	- ทารกในครรภ์มีภาวะคับขัน - คลอดก่อนกำหนด - การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
23	Juan, Gil, Rong, Zhang, Yang and Poon[32]	2020	systematic review	24 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 324 คน	- การแท้งบุตร - การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
24	Melo and Araújo[33]	2020	systematic review and meta- analysis	38 บทความ สตรีตั้งครรภ์ 279 คน	- คลอดก่อนกำหนด
25	Panahi, Amiri and Pouy[6]	2020	narrative review	13 บทความ	- ทารกในครรภ์มีภาวะคับขัน - การแท้งบุตร - คลอดก่อนกำหนด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีหลายการศึกษาทั่วโลกที่เผยแพร่บทความในปี ค.ศ. 2020-2022 ซึ่งผลของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้

ผลกระทบต่อสตรี จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ผลกระทบของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ ที่พบคือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะที่สตรีตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มดลูกมีการหดรัดตัวถี่และแรงขึ้น ประกอบกับมีการเปิดขยายของปากมดลูกร่วมด้วย จึงเกิดภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้[35] ส่วนใหญ่พบในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบได้ร้อยละ 89.5[14] การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 67,271 คน พบร้อยละ 39 ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[15] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 285 คน พบร้อยละ 35.5 มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[28] จะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สูง หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถดำเนินการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีหลายการศึกษาที่พบว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อการแท้งบุตร ซึ่งการแท้งบุตรเป็นการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนช่วงเวลาที่ทารกจะสามารถมีชีวิตรอดอยู่ได้ การกำหนดสิ้นสุดการตั้งครรภ์มีความแตกต่างกัน ในต่างประเทศใช้การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และ/หรือน้ำหนักของทารกน้อยกว่า 500 กรัม (Murray & McKinney, 2014) สำหรับองค์การอนามัยโลกใช้เกณฑ์การตั้งครรภ์ที่น้อยกว่า 20 สัปดาห์ ถือเป็นการแท้งบุตร สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 99,567 คน พบร้อยละ 2.65 ที่มีการแท้งบุตร[13] การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 67,271 คน พบจำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 มีภาวะการแท้งบุตร[15] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,316 คน พบร้อยละ 14.5 ที่มีการแท้งบุตร[30] ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ ควรให้คำแนะนำหรือการดูแลที่เหมาะสมแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแท้งบุตร

สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่ใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่ามีหลายการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ครบกำหนดคลอดหรืออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง สอดคล้องกับการศึกษาจากทารกจำนวน 1,388 คน พบการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 59.9[20] การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 11,758 คน พบร้อยละ 58.3 ที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง[3] การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 285 คน พบร้อยละ 89 ที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง[28] การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน

1,316 คน พบร้อยละ 56.9 ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง[30] การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 236 คน พบร้อยละ 65 ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง[31] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 324 คน พบร้อยละ 78 ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง[32] ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะแทรกซ้อนและต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ เพื่อช่วยชีวิตทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้การดูแลที่เหมาะสมทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของมาดาและทารก

สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งมีหลายการศึกษาที่พบว่าการติดเชื้อโควิด 19 ในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิฉัย การรักษา ที่เหมาะสม อาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ซึ่งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงแรก ๆ เป็นโรคอุบัติใหม่ แนวทางการรักษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่กลุ่มคนทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ จึงพบการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 133,058 คน มีสตรีตั้งครรภ์ 99,567 คน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์มีการเสียชีวิต ร้อยละ 0.63[13] การศึกษาในประเทศแม็กซิโก ยูกันดา แอฟริกาใต้ และเคนยา ซึ่งพบการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในยูกันดา ร้อยละ 61.5 และในเคนยาร้อยละ 8.5[12] การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 2,003,724 คน มีสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 1,071,987 คน และมีจำนวน 231 คน ที่ติดเชื้อและส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ โดยพบการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.88[16] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 11,758 คน พบการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.3[3] ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่เหมาะสมหรือทันท่วงที จะสามารถช่วยลดการเสียชีวิของสตรีตั้งครรภ์ได้

สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ซึ่งถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นภาวะที่ถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกเอง (spontaneous) ก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์คลอด การรั่วหรือแตกของถุงน้ำคร่ำอาจแบ่งออกเป็น แตกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือแตกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์[35] ซึ่งการติดเชื้อก่อให้เกิดภาวะดังกล่าวได้ สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 123 คน พบผลกระทบของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ คือ ภาวะการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนกำหนด[19] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,316 คน ที่ตรวจพบว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ร้อยละ 9.2[30] หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้

นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ด้านจิตสังคม ซึ่งการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ อาจเกิดภาวะเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ การรักษาที่ได้รับ และความปลอดภัยของทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสเปน สตรีตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 58 และในประเทศแคนาดา พบว่ามีอาการเกี่ยวความวิตกกังวล ร้อยละ 72[18] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 3,677 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะสตรีตั้งครรภ์[26] ดังนั้นนอกจากการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางด้านร่างกายแล้ว ควรให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวด้วย

ผลกระทบต่อทารก นอกจากนี้การติดเชื้อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ ยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ส่วนใหญ่พบการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดได้สูง ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน ส่วนใหญ่พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อแล้วมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรง ในรายที่มีอาการหายใจลำบาก แรงดันในช่องอกเป็นลบมากขึ้น ทำให้ปอดได้รับการกระทบกระเทือนมากขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดต่ำ จึงเกิดภาวะการหายใจลำบากในสตรีตั้งครรภ์ได้ ก็จะส่งผลกระทบต่อการหายใจของทารกในครรภ์ได้ ดั่งการศึกษาพบการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ร้อยละ 0.89[13] การศึกษาทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 18,237 คน พบทารกเสียชีวิตแรกเกิด 20 คน 27 การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 67,271 คน พบทารกแรกเกิดเสียชีวิต ร้อยละ 2[15] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1,071,987 คน และมีจำนวน 231 คน ที่พบการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ร้อยละ 1.97[16] การศึกษาพบการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ร้อยละ 2.5[28] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,316 คน พบทารก

เสียชีวิต ร้อยละ 26.5 และพบทารกเสียชีวิตแรกเกิดร้อยละ 2.2 ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน[30] สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 236 คน พบทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน ร้อยละ 29[31] นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า และทารกน้ำหนักน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 67,271 คน พบทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ร้อยละ 10[15] และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,316 คน พบทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ร้อยละ 2.8[30] ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ ติดต่อโรคคนสู่คนผ่านการหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อไวรัสเข้าไป หรือจากการสัมผัสสิ่งของที่มีเชื้อไวรัส ส่วนการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก ยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดว่า ดังนั้นการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อทารกได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับสตรีตั้งครรภ์และทารก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ควรมีการวิจัยและพัฒนาหรือการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมด้วย หรือในระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนทารก เป็นต้น

References

1. The World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID19 disease is suspected Interim guidance. 2020.
2. William, et al. (2020). Screening all pregnant women admitted to Labor and Delivery for the virus responsible for COVID-19. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020; S0002-9378(20):30472-5.
3. Karimi-Zarchi M. Vertial Transmission of Coronavirus Disease 19 (COVID 19) from Infected Pregnant Mothers to Neonates: A Review. Fetal and Pediatric Pathology, 2020.
4. Chen H., Guo J., Wang C., Luo F., Yu X., & Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet. 2020; 395(10226):809-15.
5. Amorim M M R, Takemoto M L S., & Fonseca E B Maternal Deaths with Covid19: a different outcome from mid to low resource countries?. American Journal of Obstetrics and Gynecology. S0002-9378(20): 30471-3.
6. Panahi L., Amiri M., & Pouy P. Risks of Novel Coronavirus Disease (COVID-19) in Pregnancy; a Narrative Review. Archives of Academic Emergency Medicine.2020;8(1):e34.
7. Rasmussen S A., Smulian J C., Lednicky J A., Wen, T S., & Jamieson D J. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020; 1-12.
8. Favre G., Pomar L., Musso D., & Baud D. 2019-nCoV epidemic: what about pregnancies?. The Lancet. 2020; 395(10224):e40.
9. Yan, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnant women: A report based on 116 cases. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2020. 1-47.

10. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewer Manual 2019.
11. Allotey et al., PregCOV-19 Living Systematic Review Consortium. SARS-CoV-2 positivity in offspring and timing of mother- to-child transmission: living systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. 2022. 376: e067696.
12. Calvert C et al. Maternal mortality in the covid-19 pandemic: findings from a rapid systematic review. Global Health Action. 2022.14(1974677), 1-16.
13. Deng J., Ma Y., Liu Q., Du M., Liu M. & Liu J. Association of Infection with Different SARS-CoV-2 Variants during Pregnancy with Maternal and Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Internal Journal Environment Research Public Health. 2022;19:15932.
14. Hawco. S, el al. The impact of mitigation measures on perinatal outcomes during the first nine months of the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2022. 274:117–27.
15. Sahu S., Laishram G., Rannaware A. & Choudhari S G. Impact of COVID-19 on Pregnancy and Maternal-Neonatal Outcomes: A Narrative Review. Cureus 2022;14:(11): e31397.
16. Sheikh J, el al. PregCOV-19 Living Systematic Review Consortium. Global variations in the burden of SARS-CoV-2 infection and its outcomes in pregnant women by geographical region and country's income status: a meta-analysis. British Medical Journal Global Health. 2022. 7: e010060.
17. Yang J., D'Souza R., Kharrat A., Fell D.B., Snelgrove J.W., & Shah P.S. COVID-19 pandemic and population-level pregnancy and neonatal outcomes in general population: A living systematic review and meta-analysis. Acta Obstetric Gynecology Scand. 2022. 100: 1756–70.
18. Ahmad M. & Vismara L. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review. Internal Journal Environment Research Public Health. 2021;18(7112).
19. Banaei M. et al. Obstetrics and Neonatal Outcomes in Pregnant Women with COVID-19: A Systematic Review. Iran Journal Public Health. 2021;49(1):38-47.
20. Dube R. & Kar S S COVID-19 in pregnancy: the foetal perspective-a systematic review. British Medical Journal Paediatrics Open. 2022;4: e000859.
21. Chmielewska L., et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health 2021;9: e759–72.
22. Dubey P. et al. Current trends and geographical differences in therapeutic profile and outcomes of COVID-19 among pregnant women-a systematic review and meta-analysis. British Medical Journal Pregnancy and Childbirth.2021;21:247
23. Kazemi S N, Hajikhani B., Didar H., Hosseini S S, Haddadi, S., Khalili, F. et al. COVID-19 and cause of pregnancy loss during the pandemic: A systematic review. PLoS ONE. 2021;16(8): e0255994.

24. Rodrigues C, Baía I, Domingues R and Barros H Pregnancy and Breastfeeding During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Published Pregnancy Cases. Front. Public Health, 2020; 8:558144.
25. Wei S Q., Bilodeau-Bertrand M., Liu S. & Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. Canadian Medical Association Journal. 2021;19(193) : E540-8.
26. Yan H., Ding Y. & Guo W. Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frointiers in Psychological. 2020; 11: 617001.
27. Allotey J. for PregCOV-19 Living Systematic Review Consortium. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. 2020. 370: m3320.
28. Chamseddine R. S., Wahbeh F. Chervenak F., Salomon L, J., Ahmed B., and Rafii A. Pregnancy and Neonatal Outcomes in SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. Journal of Pregnancy. 2020; 4592450:1-7.
29. Chi H. Clinical features of neonates born to mothers with coronavirus disease-2019: A systematic review of 105 neonates. Journal of Microbiology, Immunology and Infection. 2021; 54:69e76.
30. Diriba K., Awulachew E. & Getu E. The effect of coronavirus infection (SARS-CoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis. Europian Journal Medecal Research. 2020; 25:39.
31. Gao Y J. Clinical features and outcomes of pregnant women with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. British Medical Journal Infectious Diseases. 2020; 20:564.
32. Juan J., Gil M M., Rong Z., Zhang Y., Yang H. & Poon L C. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. Ultrasound Obstetric Gynecology. 2020; 56: 15–27.
33. Melo G C. & Araújo K C G M. COVID-19 infection in pregnant women, preterm delivery, birth weight, and vertical transmission: a systematic review and meta-analysis. Cadernos de Saúde Pública.2020;36(7): e00087320.
34. Smith V. Maternal and neonatal outcomes associated with COVID-19 infection: A systematic review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.2020;274 (2022) 117–27.
35. Cunningham G F, Leveno K J., Dashe J S., Hoffman B L., Spong C Y. & Casey B M. Obstetrics (26th ed). New York: McGraw Hill. 2022.

การพัฒนาผักแผ่นอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์เพื่อสุขภาพ

Development of Crispy Vegetables Fortified with Prebiotics for Health

จินตนา อาจสันเที๊ยะ[*1] พรศิริ พันธสี[1] ณนิตา พิศเพลิน[1] ชนิกานต์ ซ่อนกลิ่น[2] สายฝน มั่งสูงเนิน[3]

Jintana Artsanthia[1*] Pornsiri Punthasee[1] Nanita Pitplern[1] Chanikan Sonklin[2] Saifon Mungsoongnern[3]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10120

[1]Nursing faculty, Saint Louis College, Bangkok, Thailand 10120

[2]คณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10800

[2]Faculty of Applied Science, King Mongkut's University of Technology North Bangkok,Thailand 10800

[3]โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10120

[3]Saint Louis Hospital, Bangkok, Thailand10120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาผักแผ่นอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ1) ศึกษาต้นแบบผลิตภัณฑ์ 2) ศึกษาคุณค่าสารอาหาร 3) ออกแบบผลิตภัณฑ์เชิงธุรกิจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ไม่ชอบรับประทานผักจำนวน 120 คนโดยการสุ่มแบบง่าย ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก เครื่องมือเป็นแบบสอบถามเชิงปริมาณและคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและใช้ Content analysis

ผลการวิจัยพบว่า การไม่รับประทานผักพบว่าผักมีกลิ่นเหม็นเขียว รสชาติที่ขมและเผ็ด ผักไม่มีรสชาติ ไม่น่ารับประทาน รับประทานไม่อิ่ม การปลูกฝังของพ่อแม่ที่ไม่ชอบรับประทานผัก จากคุณภาพการรับรสผักอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์นำมาออกแบบผลิตภัณฑ์เป็นสูตรผักประกอบด้วย ฟักทอง มันฝรั่ง และเผือก อัตราส่วนของพืชหัวต่อผัก เท่ากับ 1:1, 1:2 และ 2:1 โดยน้ำหนัก พบว่าพึงพอใจผลิตภัณฑ์ระดับมากร้อยละ95.4% ความพึงพอใจในการรับประทานผักระดับมากร้อยละ96.8 ความชอบต่อผักอบกรอบผสมพรีไบโอติกส์ระดับมากร้อยละ88.6 มีเจตคติต่อการรับประทานผักระดับมากร้อยละ 94.4 ในผักอบกรอบผสมพรีไบโอติกส์มีสารอาหารต่อหนึ่งหน่วยบริโภค15 ชิ้น (15 กรัม) มีพลังงาน 50 กิโลแคลอรี ไม่มีไขมัน ไม่มีโคเลสเตอรอล มีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 11 กรัม ใยอาหาร 3 กรัม น้ำตาล 1 กรัม และ โซเดียม 140 มิลลิกรัม ผลิตภัณฑ์นี้เป็นทางเลือกของผู้ที่ปฏิเสธการรับประทานผัก

คำสำคัญ: ผักอบกรอบ, พรีไบโอติกส์, สุขภาพ

Abstract

This research was the development of crispy vegetables supplemented with prebiotics. The objectives were to 1) study product prototypes 2) study nutritional values 3) design business products. The sample consisted of 120 people who did not like to eat vegetables by simple random sampling according to the inclusion and exclusion criteria. The instruments were quantitative and qualitative questionnaires. Data analysis used descriptive and content analysis.

* ผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) e-mail: jintana.a@slc.ac.th

วันที่รับ (received) 23 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ก.ย. 2566

The research results found that the vegetables had a green odor. The taste was bitter and spicy, with no flavor, not appetizing, and not eating full, Cultivation of parents who did not like to eat vegetables. From the quality of the taste of crispy vegetables supplemented with prebiotics, the product was designed as a vegetable formula consisting of pumpkin, potato, and taro. The ratio of root crops to vegetables was equal to 1:1, 1:2, and 2:1 by weight. It was found that satisfaction with the product was at a high level of 95.4%. Satisfaction in eating vegetables was at a high level of 96.8%. High liking for crispy vegetables mixed with prebiotics 88.6%. There was a high level of attitude towards eating vegetables at 94.4%. In crispy vegetables mixed with prebiotics, there were 15 nutrients per serving (15 grams), 50 kilocalories of energy, no fat, no cholesterol, 2 grams of protein, and 11 carbohydrates. grams, 3 grams of dietary fiber, 1 gram of sugar, and 140 milligrams of sodium. This product is an alternative for those who refuse to eat vegetables.

Keywords: Vegetable crisps, Prebiotics, Health

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้คนจำนวนมากไม่นิยมรับประทานผัก ด้วยเหตุผลต่างๆ ทำให้สนใจรับประทานอาหารขยะมากขึ้นที่มีกระบวนการผลิตด้วยการทอด ทำให้มีไขมันสูง ส่งผลทำให้เกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือด และโรคอ้วน โดยในการจำหน่ายผักอบกรอบ (veggie chips) มีบริษัทที่ผลิตจำนวนไม่มาก ส่วนใหญ่จะใช้มันฝรั่งและข้าวโพดเป็นวัตถุดิบหลัก ผักและผลไม้อบกรอบมีหลายชนิดที่นำมาทำเป็นอาหารว่าง มีกรรมวิธีการผลิตโดยการแปรรูปให้แห้ง ด้วยการอบและเมื่อนำผักผลไม้สดมาทำให้แห้ง และกรอบ จะเก็บรักษาได้นาน ผักและผลไม้อบกรอบมีคุณค่าอาหารดังเช่นมีเส้นใยอาหาร และยังคงมีวิตามิน และแร่ธาตุบางชนิดเหลืออยู่[1] มีการศึกษาวิจัยผักอบกรอบ พบว่าโรคเมตาบอลิซึมมีความเกี่ยวข้องกับจุลินทรีย์ในลำไส้ โปรไบโอติกส์และ พรีไบโอติกส์เป็นสารควบคุมที่มีประสิทธิภาพของจุลินทรีย์ในลำไส้ กล่าวคือ มีการปรับเชื้อจุลินทรีย์ในลำไส้ให้สมดุลโดยการเสริมโปรไบโอติกส์ (probiotics) ซึ่งเป็นจุลินทรีย์ที่ดี และพรีไบโอติกส์ (prebiotics) ซึ่งเป็นอาหารที่ทางเดินอาหารของมนุษย์ไม่สามารถย่อยได้ เช่น ใยอาหารในผักและผลไม้ จะช่วยป้องกันโรคเมตาลอลิกได้[2] นอกจากนี้ในบางประเทศเช่นมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และไทยมีการเผยแพร่รายชื่อจุลินทรีย์ที่ได้รับอนุญาตให้ใช้เป็นโปรไบโอติกส์ในอาหารหรืออาหารเสริมเพื่อสุขภาพ โดยมีข้อกำหนดทั่วไปคือต้องมีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เพื่อแสดงให้เห็นทางคลินิกว่าจุลินทรีย์มีความปลอดภัยและให้ประโยชน์ต่อสุขภาพ[3]

ผักและผลไม้มีใยอาหารสูงนอกจากจะช่วยในการขับถ่ายอุจจาระแล้วยังให้วิตามินและเกลือแร่แก่ร่างกายซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) เช่น วิตามินอี วิตามินซี และแคโรทีนอยด์ ปัญหาของผู้ที่ไม่รับประทานผักและผลไม้ส่งผลทำให้ร่างกายเกิดการสะสมของอนุมูลอิสระที่จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา [1, 2] จากการศึกษาทางเมตาบอลิซึมพบปัญหาเรื่องการย่อยอาหาร ผู้ไม่รับประทานผักมีโอกาสขับถ่ายเป็นเวลาลดลง[2] เพราะใยอาหารช่วยป้องกันอาการท้องผูก และยังเกิดแรงดันในช่องท้องทำให้เป็นริดสีดวงทวาร และเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง[4] และยังพบว่า หากไม่ได้รับประทานผักและผลไม้จะทำให้ร่างกายได้รับอาหารที่มีแคลอรี่และไขมันสูง ผลการวิจัยพบว่ายิ่งรับประทานผักและผลไม้มากเท่าไหร่ร่างกายยิ่งได้รับอาหารที่มีแคลอรี่และไขมันน้อยลงเช่นกัน ยกเว้นอาหารประเภทมันฝรั่ง ถั่ว และข้าวโพด เป็นต้น ที่ร่างกายจะได้รับคาร์โบไฮเดรตมาก นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับผัก เช่น ผักบุ้งมีคุณค่าทางสารอาหารสูงและมีไฟเบอร์ 1.1 กรัม[5] นอกจากนี้ยังประกอบไปด้วยวิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกายหลายชนิด โดยเฉพาะวิตามินเอ ซึ่งเป็นสารที่ช่วยบำรุงสายตา[6] จากผักโขมพบว่า เป็นพืชที่มีไฟเบอร์สูงถึง 1.3 กรัม และมีแคลอรี่ต่ำ อีกทั้งยังอุดมไปด้วยสารสำคัญ คือ เบต้าแคโรทีน และยังมีสารจำพวกฟลาโวนอยด์ที่สามารถต้านอนุมูลอิสระ[7] ผักกาดขาวเป็นผักที่มีไฟเบอร์สูง โดยพบว่ามีไฟเบอร์ 0.5 กรัม โดยผักกาดขาวมีส่วนช่วยในเรื่องการขับถ่าย แก้ปัญหาท้องผูก ฟักทองเป็นพืชที่เป็นทั้งผักและผลไม้ ประกอบไปด้วยคุณค่าทางโภชนาการหลักที่สำคัญ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต 2.0 กรัม และไฟเบอร์ 2.4 กรัม[8] นอกจากนี้ในฟักทองอุดมไปด้วยสารเบต้าแคโรทีน วิตามินอีซึ่งมีส่วนช่วยในการต้านอนุมูลอิสระ และยังมีวิตามินเอ มันฝรั่งเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงมาก

ประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรต 19.1 กรัม และไฟเบอร์ 0.4 กรัม ต่อ 100 กรัม โดยมันฝรั่งมีแร่ธาตุที่สำคัญได้แก่ โพแทสเซียม แมกนีเซียม ซึ่งมีส่วนช่วยลดความดันโลหิต ช่วยป้องกันอาการท้องผูก[9] อีกทั้งยังไม่มีกลูเตนจึงเหมาะสำหรับผู้ที่แพ้กลูเตนที่เป็นโปรตีนจากพืช โดยผักทั้งหมดมีความนิยมใช้ประกอบอาหาร และยังเป็นแหล่งของสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ[10]

องค์การอนามัยโลกกำหนดโปรไบโอติกส์ (probiotic) เป็นจุลินทรีย์ที่มีชีวิตซึ่งเมื่อได้รับในปริมาณที่เพียงพอจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพ แบคทีเรียโปรไบโอติกส์โดยเฉพาะไบฟิโดแบคทีเรียและแลคโตบาซิลลัส (Bifidobacteria and Lactobaciilus) เป็นสิ่งมีชีวิตปกติที่อาศัยในลำไส้ใหญ่ของมนุษย์ ซึ่งแบคทีเรียเหล่านี้มีประโยชน์ต่อสุขภาพโดยการปรับสมดุลของจุลินทรีย์ในลำไส้ ช่วยป้องกันเยื่อเมือกต่อเชื้อโรค รวมถึงการ ตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่เพิ่มขึ้น การลดคอเลสเตอรอลในเลือด การสังเคราะห์วิตามิน ต้านมะเร็ง และต้านแบคทีเรียที่เกิดโรค ในปัจจุบันผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมจากพรีไบโอติกส์ (Prebiotics) จะถูกย่อยด้วยแบคทีเรียบริเวณลำไส้ใหญ่ โดยจะกระตุ้นการทำงานและส่งเสริมการเจริญของจุลินทรีย์โปรไบโอติกส์ ซึ่งมีประโยชน์ต่อสุขภาพ เนื่องจากมีส่วนช่วยในการขับถ่าย โดยที่พรีไบโอติกส์ ที่ใช้คืออินูลิน (Inulin) ซึ่งเป็นอาหารของโพรไบโอติกส์ หรือจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์ต่อระบบย่อยอาหารและลำไส้ จุลินทรีย์ในร่างกายมีทั้งชนิดดี ซึ่งเรียกว่าจุลินทรีย์ประจำถิ่น (normal flora) ที่อาศัยอยู่ในลำไส้และตามผิวหนัง และชนิดที่ไม่ดีคือจุลินทรีย์ก่อโรค (pathogen) การรับประทานพรีไบโอติกส์อินูลินจะช่วยให้จุลินทรีย์ชนิดดีเจริญเติบโตได้ดีและช่วยลดจำนวนจุลินทรีย์ชนิดไม่ดีที่ทำให้เกิดโรคได้จึงช่วยป้องกันการติดเชื้อ และเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย[11]

จากการศึกษาเรื่องผักอบกรอบมีการศึกษาเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ช่วยปรับและป้องกันการอักเสบและเสริมภูมิคุ้มกันรวมถึงโปรไบโอติกส์ ผลกระทบทางด้านโภชนาการในระยะยาวของผู้ที่ไม่รับประทานผักและประโยชน์ต่อสุขภาพของอาหารและไฟเบอร์ที่ช่วยต้านอนุมูลอิสระ[12] แต่การศึกษาเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพเสริมพรีไบติกส์ยังมีน้อย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงต้องการพัฒนาผักแผ่นเสริมพรีไบโอติกส์ที่มีไฟเบอร์สูง ไม่มีส่วนผสมของไขมันทรานส์ น้ำตาล และผงปรุงรส เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่รับประทานผัก และผู้ที่ชอบรับประทานอาหารว่างสำหรับสุขภาพ อีกทั้งส่งเสริมการปลูกผัก สร้างรายได้ให้เกษตรกร และเพิ่มมูลค่าของผักที่สามารถแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ ได้ทั้งความอร่อยและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ตอบสนองความต้องการของร่างกายที่ต้องได้รับสารอาหาร เป็นความชอบทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผักเกิดขึ้นและเป็นการสร้างนวัตกรรมอาหารเพื่อสุขภาพที่ได้ตรวจสอบคุณค่าทางโภชนาการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาต้นแบบอาหารเพื่อสุขภาพผักแผ่นอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์เพื่อสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาคุณค่าสารอาหาร และออกแบบผลิตภัณฑ์เชิงธุรกิจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้หลักแนวคิดของ Design thinking มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เป็นนวัตกรรมอาหารสุขภาพผักแผ่นอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์ ซึ่งDesign Thinking หรือการคิดเชิงออกแบบประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่การเข้าใจ นิยาม สร้างสรรค์ จำลอง และ ทดสอบ โดย Design Thinking เป็นกระบวนการสร้างนวัตกรรมที่ใช้วิจัยและพัฒนา ออกแบบ ตรวจสอบคุณภาพ วางแผนการตลาด การรับประทานอาหารที่มีพรีไบโอติกส์จึงเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดมีตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามดังนี้

ตัวแปรอิสระ:
นวัตกรรมผักอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์

ตัวแปรตาม:
ต้นแบบอาหารสุขภาพ
ความพึงพอใจในการรับประทานผัก
เจตคติต่อผัก
สารอาหารในผลิตภัณฑ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้กระบวนการศึกษาผักแผ่นอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์เพื่อมุ่งพัฒนาทางเลือกหรือวิธีการใหม่ๆ

ประชากรได้แก่ กลุ่มคนที่ไม่ชอบรับประทานผัก

กลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่ม กลุ่มคนที่ไม่ชอบรับประทานผัก จำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคำนวณโดยใช้โปรแกรม G-Power กำหนดค่า effect size ที่ .3, α = .05 , Power = .95 ได้ Sample size = 111 จึงเก็บกลุ่มตัวอย่างรวม 120 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพใช้เทคนิค Snow ball ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ไม่ชอบรับประทานผัก 2 กลุ่มๆ ละ 8-12 คน เป็นกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้ใหญ่

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ผู้ที่ไม่ชอบรับประทานผักทุกกลุ่มวัยที่สามารถรับประทานอาหารทางปาก

เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ผู้ที่ให้อาหารทางสายยาง

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือไม่รับประทานผักแผ่นกรอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีการรับรู้รสชาติ สารอาหารที่จำเป็นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) สร้างข้อความที่ครอบคลุมลักษณะเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาศัยกรอบทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคำนึงถึงความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ โดยโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความชอบในการรับประทานผัก และความบ่อย ผักที่ชอบรับประทาน ผักที่ไม่ชอบรับประทาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความชอบและรสชาติของผักผลิตภัณฑ์ต้นแบบเป็นแบบวัด มาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง ชอบมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ชอบ 3 คะแนน หมายถึง เฉยๆ 2 คะแนน หมายถึง ไม่ชอบ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ชอบมากที่สุด และมีคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะอื่นๆ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพสารอาหารในผลิตภัณฑ์ ดำเนินการวิเคราะห์ ผ่านศูนย์วิเคราะห์

3.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ ปรับแก้ หาคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา หาค่าความเชื่อมั่น ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขและปรับปรุงแล้ว เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการ 1 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน และ พยาบาล 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้างเนื้อหาและภาษา เพื่อให้มีความสมบูรณ์เกิดความเข้าใจแก่ผู้ตอบและสามารถวัดได้ตรงกับเรื่องที่ศึกษานำมาปรับปรุงให้เหมาะสมมีความถูกต้องก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.2 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบบาค (Cronbach's alpha coefficient) เครื่องมือวิจัย:

ผลการทดสอบเครื่องมือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) .78 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) แบบครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ .85

4) **วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** (Method of Data Collection)

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยResearch and Development ประกอบด้วย ขั้นตอนการวิจัยดังนี้

4.1. ประชุมผู้เกี่ยวข้องในการออกแบบ/สร้าง/เลือกวิธีการ รูปแบบหรือนวัตกรรม ความชอบ รสชาติ ขนาด รูปแบบผลิตภัณฑ์

4.2 การศึกษาเชิง R & D เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์

4.2.1 การพัฒนาผักแผ่นอบกรอบ

(สนับสนุนงบประมาณโดยคณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ) ดำเนินการโดยคณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ ในการสร้างPrototype คณะพยาบาลศาสตร์นำไปทดสอบ การคัดเลือกตัวประสานขึ้นรูปแผ่นผักอบกรอบ โดยแปรค่าชนิดของตัวประสาน 2 กลุ่ม 1) กลุ่มที่ 1 แป้งสำเร็จรูป ได้แก่ แป้งมัน แป้งข้าวเจ้า แป้งข้าวโพด และแป้งผสม (แป้งมัน แป้งข้าวเจ้าว แป้งข้าวโพด และแป้งผสม อัตราส่วน 1:1:3) และแปรค่าปริมาณของแป้งชนิดต่าง ๆ เป็นร้อยละ 10, 20 และ 30 โดยน้ำหนัก 2) กลุ่มที่ 2 พืชหัว ได้แก่ ฟักทอง มันฝรั่ง และเผือก โดยแปรค่าอัตราส่วนของพืชหัวต่อผัก เท่ากับ 1:1, 1:2 และ 2:1 โดยน้ำหนัก พัฒนาสูตรและขึ้นรูปผักแผ่นอบกรอบ ผสมพรีไบโอติกส์ โดยแปรค่าสัดส่วนตัวประสาน วิเคราะห์คุณสมบัติของผักแผ่นอบกรอบทุกภาวะ (สูตร) โดยศึกษาผลของลักษณะปรากฏ ค่าสี L, a*, b* ด้วยเครื่องวัดสีค่าความกรอบและเนื้อสัมผัสด้วยเครื่อง texture analyzer และการทดสอบการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสด้านรสชาติจากผู้ทดสอบกึ่งฝึกฝน จำนวน 30 คนด้วยระดับ testing 5 ระดับ ปรับสูตรตามความชอบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกสูตรที่เหมาะสมในการผลิตผักแผ่นอบกรอบด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้ Response surface methodology และลักษณะของผลิตภัณฑ์จากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วย นักวิชาการโภชนาการ พยาบาล แพทย์ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง และศึกษาเก็บข้อมูลสาเหตุและความต้องการของการไม่รับประทานผักในกลุ่มวัย

4.2.2 ข้อมูลทางด้านโภชนาการวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านโภชนาการของสูตรที่ดีที่สุดข้อส่วนที่ 1 โดยวิเคราะห์ คุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ (Nutrition fact) เพื่อดำเนินการเป็นฉลากคุณค่าทางอาหารของผลิตภัณฑ์

4.2.3 การพัฒนาบรรจุภัณฑ์และอายุการเก็บรักษา ออกแบบลักษณะบรรจุภัณฑ์และฉลาก ศึกษาอายุการเก็บรักษาของผลิตภัณฑ์ โดยทดสอบด้านลักษณะปรากฏ ด้านสี ความกรอบ ด้านรสชาติ ด้านกลิ่น และปริมาณเชื้อจุลินทรีย์

5) การเก็บข้อมูลในการวิจัย (Data Collection)

5.1 ประสานการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มารับบริการสุขภาพที่หน่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จำนวน 120 คน หลังได้รับพิจารณาจริยธรรมวิจัย

5.2 ช่วยดำเนินการเตรียมต้นแบบและผลิตภัณฑ์เพื่อตรวจสอบ ข้อมูลด้านโภชนาการ ช่วยพัฒนาบรรจุภัณฑ์และอายุการเก็บรักษาช่วยดำเนินการเพื่อผลิตทางการค้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยใช้ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Min) สูงสุด (Max) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) บรรยายให้ทราบถึง ลักษณะข้อมูลทั่วไป และลักษณะที่ได้จากการทดสอบผักอบกรอบ เช่นวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมี คัดเลือกสูตรที่เหมาะสมในการผลิตผักแผ่นอบกรอบด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้ Response surface methodology และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ Content analysis

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวได้ถ้าต้องการ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับจะไม่ถูกเปิดเผยหากผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้แจ้งความยินยอม ผู้เข้าร่วมที่ไม่ระบุชื่อการเก็บบันทึกที่เป็นความลับผู้เข้าร่วมมีโอกาสที่จะถามคำถามและปฏิเสธหรือตกลงที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ผู้ที่ตกลงเข้าร่วมจะถูกขอให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมหรือบันทึกความยินยอมด้วยวาจาและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง และงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองตามขั้นตอนการวิจัยซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E.042/2565. Issue Dec 22,2022

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาของการไม่รับประทานผักและการออกแบบผลิตภัณฑ์

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัญหาและสาเหตุของการไม่ชอบรับประทานผัก เนื่องจาก กลิ่นของผักที่ไม่ชอบ รสชาติที่ขม และเผ็ด ไม่อร่อย ผักเหม็นเขียว ไม่น่ารับประทาน รับประทานผักแล้วไม่อิ่ม ไม่มีรสชาติจืด ไม่ชอบมะเขือเทศ การปลูกฝังของพ่อแม่ที่ไม่ชอบรับประทานผัก

ส่วนที่ 2 การทดสอบด้านคุณภาพการรับรสผักอบ

กรอบเสริมพรีไบโอติกส์

จากปัญหาและสาเหตุของการไม่รับประทานผัก นำมาออกแบบผลิตภัณฑ์ผักอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์ เป็นสูตรผักที่ประกอบด้วย ได้แก่ ฟักทอง มันฝรั่ง และเผือก คัดเลือกสูตรที่เหมาะสมในการผลิตผักแผ่นอบกรอบด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้ Response surface methodology โดยแปรค่าอัตราส่วนของพืชหัวต่อผัก เท่ากับ 1:1, 1:2 และ 2:1 โดยน้ำหนัก เพื่อขึ้นรูปผลิตภัณฑ์ ได้ผลการรับรู้เป็นดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ต่อผลิตภัณฑ์ผักอบกรอบที่พัฒนาขึ้น

รายการ	ระดับการรับรู้ความชอบต่อผักอบกรอบ		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
สีของผักอบกรอบ	-	14.3%	85.7%
สีของผลิตภัณฑ์บรรจุ	-	19.1%	80.9%
เนื้อสัมผัสของผักอบกรอบ	-	14.3%	85.7%
กลิ่นผัก	85.7%	11.9%	2.4%
รสขม	76.2%	19%	4.8%
รสหวานตามธรรมชาติ	85.7%	11.9%	2.4%
ภาพรวมของผลิตภัณฑ์	2.4%	2.2%	95.4%
ความพึงพอใจในการรับประทานผัก	-	3.2%	96.8%
ความชอบต่อผักอบกรอบผสมพรีไบโอติก	4.8%	6.6%	88.6%
เจตคติต่อการรับประทานผัก	1.2%	4.4%	94.4%

ตารางที่1 ระดับการรับรู้ต่อผลิตภัณฑ์ผักอบกรอบ ชอบสีและเนื้อสัมผัสของผักแผ่นอบกรอบร้อยละ 85.7 ผักแผ่นอบกรอบมีกลิ่นของผักในระดับที่น้อยถึงร้อยละ 85.7 มีรสขมร้อยละ 76.2 ชอบในรสหวานน้อยตามธรรมชาติถึงร้อยละ 85.7 พึงพอใจระดับมากในภาพรวมของผลิตภัณฑ์ร้อยละ 95.4 พึงพอใจมากในการรับประทานผักร้อยละ 96.8 มีเจตคติที่ดีต่อการรับประทานผักระดับมากร้อยละ 94.4

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางด้านโภชนาการ

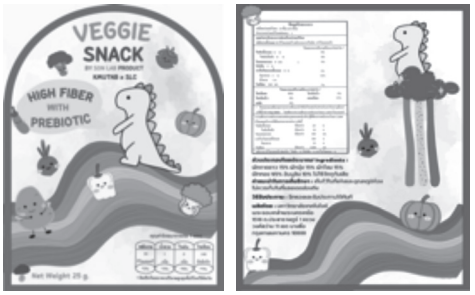
วิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ (Nutrition fact) เพื่อดำเนินการเป็นฉลากคุณค่าทางอาหารของผลิตภัณฑ์ได้ดังนี้ หนึ่งหน่วยบริโภค : 15 ชิ้น (15 กรัม) พลังงานทั้งหมด 50 กิโลแคลอรี (พลังงานไขมัน 0 กิโลแคลอรี) ไม่มีไขมัน ไม่มีโคเลสเตอรอล มีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 11 กรัม ใยอาหาร 3 กรัมน้ำตาล 1 กรัมและ โซเดียม 140 มิลลิกรัม

ส่วนที่ 4 การพัฒนาบรรจุภัณฑ์และอายุการเก็บรักษา จากการออกแบบเริ่มต้น ได้พัฒนารูปแบบ



ภาพที่ 1 แสดงผลิตภัณฑ์ต้นแบบ

จากนั้นได้พัฒนารูปแบบสุดท้ายได้รูปแบบผลิตภัณฑ์ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แสดงผลิตภัณฑ์หลังออกแบบพัฒนาบรรจุภัณฑ์

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าพึงพอใจผลิตภัณฑ์ 95.4% ความพึงพอใจในการรับประทานผัก 96.8% ความชอบต่อผักอบกรอบผสมพรีไบโอติกส์มาก 88.6% เจตคติต่อการรับประทานผักมาก 94.4% ในการวิเคราะห์สารอาหารพบว่าผักอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์มีพลังงาน 50 กิโลแคลอรี ไม่มีไขมัน ไม่มีโคเลสเตอรอล มีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 11 กรัม ใยอาหาร 3 กรัม น้ำตาล 1 กรัม และ โซเดียม 140 มิลลิกรัม อภิปรายได้ว่า ผักที่มีลักษณะที่อ่อนนุ่ม เส้นใยไม่แข็ง รสชาติไม่ขม ไม่มีกลิ่นฉุน หรือกลิ่นแรง จะได้รับความนิยมรับประทานมากกว่า ในวันหนึ่งร่างกายไม่ควรรับประทานเกลือเกิน 2,300 มิลลิกรัม/วัน[4] ในผักอบกรอบนี้มีเพียง 140 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นปริมาณที่น้อยมากจึงเหมาะสำหรับเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุที่ต้องจำกัดการบริโภคเกลือเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้จากการทดสอบด้านคุณภาพการรับรสผักอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์ พบว่า ระดับการรับรู้ความชอบต่อผักอบกรอบสูงสุดคือ มีความพึงพอใจในการรับประทานผัก มีการรับรู้ว่าผักอบกรอบมีกลิ่นผักน้อย ผักอบกรอบมีรสหวานน้อย (มีรสหวานตามธรรมชาติ) ซึ่งแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ผักอบกรอบทั่วไปที่มีการปรุงแต่งรสชาติ จึงทำให้ผู้ที่รักสุขภาพมีทางเลือกในการรับประทานอาหารว่างที่มีประโยชน์กับสุขภาพ นอกจากนี้มีงานวิจัยที่ พบว่า คนที่ไม่ชอบรับประทานผัก จะมาจากครอบครัวและการเลี้ยงดูที่ไม่เห็นความสำคัญของการบริโภคผักและการเลี้ยงดูส่งผลต่อความชอบหรือไม่ชอบรับประทานผัก[1] รวมทั้งมีการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่สนับสนุนหรือต่อต้านสถานการณ์บางอย่าง บุคคล หรือสิ่งใด ซึ่งจะส่งผลต่อความชอบหรือไม่ชอบนั้นได้[13] ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการส่งเสริมให้ประชาชนโดยเฉพาะในวัยเด็กให้มีทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผัก

จากผลการวิจัยพบว่าสีของผลิตภัณฑ์ และเนื้อสัมผัสของผลิตภัณฑ์ยังมีความชื้นของผลิตภัณฑ์สูง แต่สำหรับรายงานเชิงคุณภาพที่บางตัวอย่างระบุว่าบางชิ้นไม่กรอบจึงสะท้อนให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์นี้ต้องการพัฒนาเพื่อรักษาด้านความกรอบ จากการทดสอบคุณค่าทางโภชนาการพบว่ามีพลังงานทั้งหมด 50 กิโลแคลอรี มีโปรตีน 2 ก.,คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 11 ก., ใยอาหาร 3 ก.,น้ำตาล 1 ก.และ โซเดียม 140 มก.นั้นผักอบกรอบนี้มีใยอาหาร มีคาร์โบไฮเดรตและมีโซเดียมในปริมาณที่ต่ำเป็นสูตรที่มีความชอบสูง จึงส่งผลให้กลุ่มคนที่ไม่รับประทานผักโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงวัยที่ต้องกังวลเกี่ยวกับระดับโซเดียม มีข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาพบว่าการบริโภคอาหารที่ไม่ใส่เกลือ/ไม่ใส่แป้งในกลุ่มผู้รับประทานขนมขบเคี้ยว (480.96 กรัม/วัน)[4] การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่ใส่เกลือ/ไม่มีแป้ง) คิดเป็น 35.47% ของประชากรสูงอายุทั้งหมด สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีกลยุทธ์พื้นฐานเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ[13] จึงเป็นผลลัพธ์ที่ได้คาดว่าจะเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าโปรไบโอติกส์และพรีไบโอติกส์ให้ประโยชน์ต่อสุขภาพหลายประการ และเป็นแนวทางการรักษาที่มีแนวโน้มมากขึ้นสำหรับโรคต่างๆ อาหารเสริมทั้งสองประเภทมีศักยภาพในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (CVD) โดยการปรับระดับของผลเลือดหลายชนิด เช่น คอเลสเตอรอลรวมของไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (LDL) และโปรตีน C-reactive ความไวสูง (hs-CRP.) และไซโตไคน์บางชนิดที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองการอักเสบ ผลการป้องกันของโปรไบโอติกส์และพรีไบโอติกส์คือการสร้างสมดุลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของจุลินทรีย์ในลำไส้ และรักษาสภาวะสมดุลของภูมิคุ้มกันได้[14,15] การรับประทานผักอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์จึงเป็นทางเลือกของอาหารสุขภาพ และการออกแบบนวัตกรรมหรือผลิตภัณฑ์ควรตระหนัก ให้ความสำคัญจากปัญหาที่พบนำมาสู่การออกแบบด้วยความคิดเชิงออกแบบ (Design thinking)[16]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการพัฒนาผักอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์ที่ได้ผ่านการทดสอบเรื่องรสชาติ สี กลิ่น และสารอาหารจะเป็นนวัตกรรมอาหารสุขภาพที่เป็นทางเลือกที่แตกต่างจากผักอบกรอบทั่วไปที่ปรุงแต่งรสชาดทำให้ส่งผลต่อสุขภาพผู้บริโภค พรีไบโอติกส์ เป็นสารควบคุมที่มีประสิทธิภาพของจุลินทรีย์ในลำไส้ ทำให้มีโอกาสสร้างนวัตกรรมอาหารสุขภาพเชิงการค้าเพื่อเป็นผู้ประกอบการ(Entrepreneur) ได้

2. จากการพัฒนาผักแผ่นอบกรอบเสริมพรีไบโอติกส์ พบว่าผลิตภัณฑ์ยังมีความชื้นสูง บางตัวอย่าง บางชิ้นไม่กรอบ จึงควรมีการพัฒนาลดความชื้นของผลิตภัณฑ์เพื่อให้สามารถคงความกรอบและเก็บไว้ได้นานขึ้น

3. สามารถนำข้อมูลจากาการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมด้านโภชนาการในผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

ในกลุ่มที่ไม่ชอบรับประทานผัก

4. ปัจจุบันความต้องการอาหารเพื่อสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดเชิงธุรกิจเป็นผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาด้านการทดสอบคุณค่าทางอาหารของผักอบกรอบ จึงควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมของสารอาหารอื่นๆเช่นวิตามินต่างๆ จากผักอบกรอบเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพ หรือความคงทน อายุของผักแปรรูปอื่นๆต่อไป

References

1. Li HY., Zhou DD., Gan RY., Huang SY., Zhao CN., Shang A., & et al. Effects and Mechanisms of Probiotics, Prebiotics, Synbiotics, and Postbiotics on Metabolic Diseases Targeting Gut Microbiota: A Narrative Review. Nutrients.2021; 13(9): 3211.
2. Siong TE., Hardinsyah C. & Au Sook S. Status of probiotic regulations in Southeast Asia countries. Malaysian Journal of Nutrition.2021; 27(3): 507–30.
3. Masis N., Johnson SL., Mccaffrey J., & Chapman NK. Fruit and Vegetable Preferences and Identification by Kindergarteners through 2nd Graders with or without the US Department of Agriculture Fresh Fruit and Vegetable Program. Journal of Nutrition Education & Behavior.2017; 49(9): 752–58.
4. Kwon YS., Yang YY., Park Y., Park YK., & Kim S. Dietary Assessment and Factors According to Fruits and Vegetables Intake in Korean Elderly People: Analysis of Data from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2013–2018. Nutrients. 2010; 12(11): 3492.
5. Pokhawatana C.& Chawapradit P. Chinese morning glory. Horticulture Promotion Division. Department of Agricultural Extension;1996. (in Thai).
6. Saelim S. Comparative analysis of chlorophyll content in Chinese morning glory watered with different substances by visible spectrophotometry, Chemistry program. Nakhon Pathom Rajabhat Institute. 2004. (in Thai).
7. Jaiphakdee R. Leafy vegetables. 2nd edition. Bangkok: Sunlight for Children.2001. (in Thai).
8. Yadav M., Jain S., Tomar R., Prasad G., & Yadav H. Medicinal and biological potential of pumpkin: An updated review. Nutrition Research Reviews.2010; 23(2): 184-90.
9. Tripathy A., Dash J., Kancharla S., Kolli P., Mahajan D., Senapati S., & et al. Probiotics: A Promising Candidate for Management of Colorectal Cancer. Cancers.2021; 13(13): 3178.
10. Kadey M. Don't Bypass the Frozen Foods. Environmental Nutrition.2012; 44(11): 4.
11. Nuallaong S. Biotic extraction from agricultural plants. Prince of Songkhla University.2009. (in Thai).
12. Duvauchelle J. Gut Healing Kid-approved supplements. Alive: Canada's Natural Health & Wellness Magazine.2022; 478: 15–6.
13. Holley CE., Farrow C., & Haycraft E. If at first, you don't succeed: Assessing influences associated with mothers' reoffering of vegetables to preschool-age children. Appetite. 2018;123: 249–55.
14. Wu H., & Chiou J. Potential Benefits of Probiotics and Prebiotics for Coronary Heart Disease and Stroke. Nutrients. 2012; 13(8): 2878.
15. Lakkananurak N. How to eat crispy vegetables and fruits for benefit. Chulalongkorn Hospital, Thai Red Cross Society.2012. (in Thai).
16. Laochai W., Intarakamhang U.,& Poonpol P. Development of Health Innovation by Using Design Thinking Process. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2023; 23 (2):53-60. (in Thai).

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดของไทย

The Development of Guidelines of Promoting the Development and Healthy Growth for Premature Infants, Thailand

จารุวรรณ สนองญาติ*[1] เนติยา แจ่มทิม[1] ลักขณา ศิรถิรกุล[1] เมทณี ระดาบุตร[2] นภาวรรณ วิริยะศิริกุล[3]

Jaruwan Sanongyard*[1] Netiya Jamtim[1] Lakana Sirathirakul[1] Matanee Radabutr[2] Napawan Wiriyasirikul[3]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ ประเทศไทย 72000

[1]Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Thailand 72000

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ ประเทศไทย 11000

[2]Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi, Faculty of Nursing, Thailand 11000

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ ประเทศไทย 80000

[3]Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Thailand 80000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนด และ 2) ประเมินผลการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เครื่องมือ ได้แก่ แนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด การวิเคราะห์ผลใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณา การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย 1) การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย แนวทางการดูแลด้านครอบครัว ด้านกระบวนการประสานงาน และด้านการพัฒนาเครื่องมือ/สื่อนวัตกรรมและแนวปฏิบัติการประเมินทารก โดยกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมทั้งมารดาและครอบครัวของทารกและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การสอนและสาธิตมารดาและครอบครัวในการดูแลทารก และทบทวนขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกับบุคลากร การให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชั่น และการประเมินความรู้และเพิ่มเติมความรู้ 2) คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาและครอบครัวหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ข้อเสนอแนะ การนำผลงานวิจัยไปใช้ควรมีการศึกษาและวิเคราะห์ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้และบริบทแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: การส่งเสริมพัฒนาการ, การเจริญเติบโตที่สมวัย, ทารกคลอดก่อนกำหนด, แนวทาง

Corresponding Author: *E-mail: Jaruwan@snc.ac.th

ได้รับทุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

วันที่รับ (received) 11 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 พ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ธ.ค. 2565

Abstract

This research and development aimed to 1) analyze the current situation and develop a guideline for promoting preterm infants' development and proper growth and 2) evaluate the guideline. The instrument consisted of a guideline for promoting preterm infants' development and proper growth and preterm infant care behaviors for promoting preterm infants' development and proper growth questionnaire. Descriptive statistics, content analysis, and t-tests analyzed the data.

The results showed: 1) Analyzing the current situation and developing a guideline for promoting preterm infants' development and proper growth consists of the guidelines for taking care of the family, the working process of the coordination, and developing tools/innovations and guidelines for evaluating preterm infants. The activities of this guideline included building relationships and exchanging knowledge between mothers, infant families, and healthcare providers, teaching and demonstrating mothers and families for taking care of preterm infants and reviewing procedures for referring patients, providing knowledge through LINE applications, and evaluating and renewing knowledge. 2) The mean overall scores of preterm infant care behaviors of mothers and families after the trial between the experimental and control groups were statistically significant, $p < .05$.

Recommendation: This guideline should be studied and analyzed to suit the user groups and the context of each area.

Keywords: promotion of development, healthy growth, preterm infants, guidelines

บทนำ

การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดีเก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย สู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง และสุขภาพดี เด็กจึงจะเป็นรากฐานของการมีคุณภาพของคน ๆ และสังคม[1] การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นผลมาจากวุฒิภาวะการเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนดไว้และจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว พัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาทที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดาและในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด[2]

จากการติดตามสำรวจพัฒนาการของเด็กไทยทุก 3 ปี โดยใช้เครื่องมือ Denver II ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ถึง 2563 รวม 6 ครั้ง พบว่า เด็กประมาณร้อยละ 30 มีพัฒนาการล่าช้า ทำให้เกิดความไม่สมดุล และส่งผลเสียต่อร่างกาย และจิตใจ จากการติดตามผลภาวะโภชนากรของสำนักโภชนาการกรมอนามัยพบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 57)[3] สำหรับในประเทศไทยนั้นอุบัติการณ์ของทารกคลอดก่อนกำหนดมีอัตราเสี่ยงสูงต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ล่าช้า จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ทารกคลอดก่อนกำหนดแต่ละปีทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนามีรายงานทารกคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 คนต่อทารก 10 คนและในทุก ๆ ปีในจำนวนนี้ทารกมากกว่า 1 ล้านคนเสียชีวิตซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของทารกและมารดาที่ลดลง[4] การคลอดก่อนกำหนดในปี 2018 คิดเป็น 12.8 % เป็นอันดับที่ 55 ของโลก มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าเป้าหมายตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ทารกกลุ่มนี้มีอวัยวะต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์ มีความเสี่ยงต่อความพิการต่าง ๆ ซึ่งปัจจัยการเกิดภาวะวิกฤตนั้นมีหลายปัจจัย เช่น การปรับตัวของทารกเองต่อสิ่งแวดล้อม การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ และการดูแลของครอบครัวตลอดจนชุมชนเมื่อกลับไปที่บ้าน[5] ทารกคลอดก่อนกำหนดจึง

เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด มีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่งของทุกกลุ่ม และยังเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้อัตรารอดชีวิตถึงร้อยละ 92.85 ข้อมูลรายละเอียดของการคลอกก่อนกำหนด ด้วยปัจจัยข้างต้นทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกต้องถูกแยกจากบิดามารดาเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจึงไม่สามารถส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นได้อย่างเต็มที่ เป็นเหตุทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้า[6,7] จึงเป็นการบูรณาการความรู้ทักษะประสบการณ์และเจตคติระดับบุคคล และนโยบายเพื่อร่วมกันดูแลเด็กที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการและคุณลักษณะของครอบครัวผู้ดูแลเพื่อดูแลตนเองได้[8]

การศึกษาวิจัยและพัฒนานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดแก่ครอบครัว เป็นการให้ความรู้เรื่องแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดแก่ครอบครัวที่ประกอบด้วยมารดา บิดา หรือผู้ดูแลเด็กที่บ้าน เพื่อให้เด็กทารกคลอดก่อนกำหนดมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตสมวัย

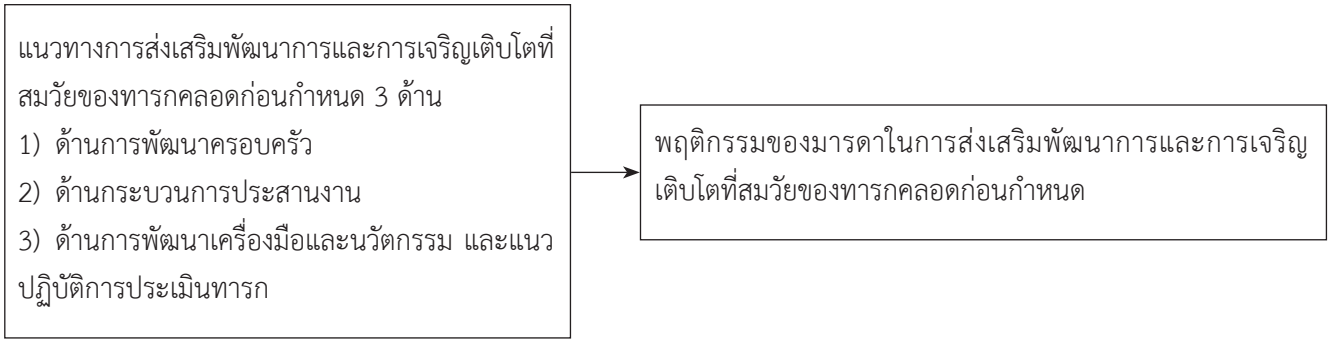
วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนดของไทย

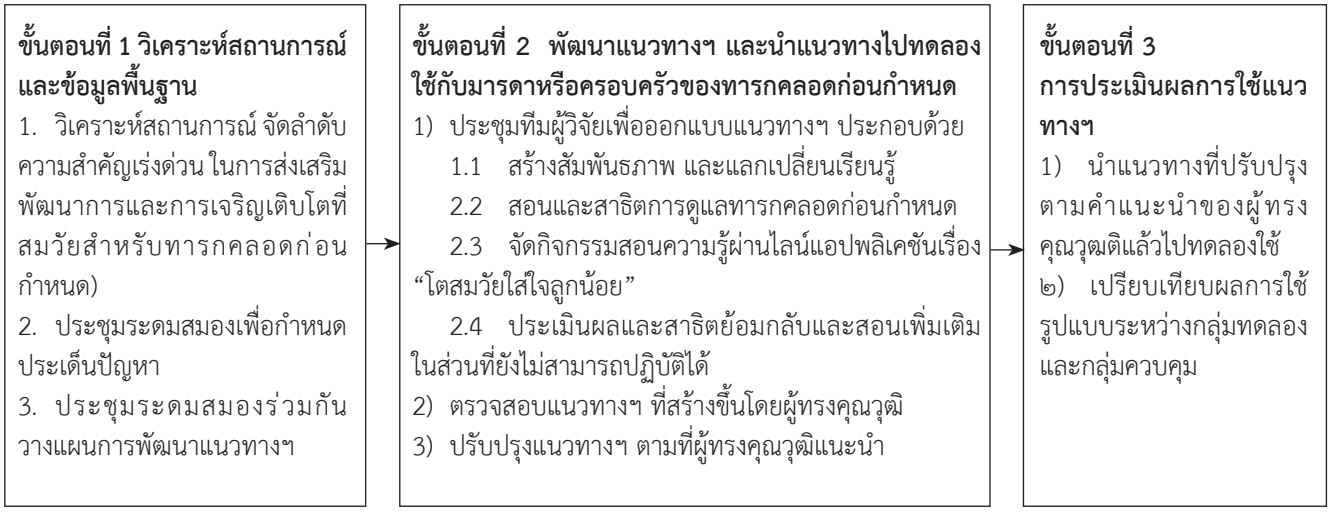
2. เพื่อศึกษาผลการนำแนวทางทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนดของไทยไปใช้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กทารกคลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2565 ของบรอนเฟนเบนเนอร์ (Bronfenbrenne's ecological systems theory)[9] และ Health Growth and Development Guideline ขององค์การอนามัยโลก (WHO)[10] ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดทฤษฎี



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการนำแนวทางส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กทารกคลอดก่อนกำหนดไปใช้กับมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ใน 4 ภาคของประเทศไทย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงธันวาคม 2565

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1) เป็นการวิเคราะห์สภาพการณเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดโดยทีมผู้วิจัย

วิธีดำเนินการ วิเคราะห์และศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสภาพปัจจุบันและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดโดย content analysis[11]

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) เป็นการออกแบบและพัฒนาแนวทางฯ ดำเนินการโดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาร่างแนวทางฯ โดยทีมผู้วิจัย โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนออกแบบแนวทาง ฯ จนได้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด

2. พัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด แนวทาง ฯ ประกอบด้วย

2.1 จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมทั้งมารดาและครอบครัวของทารกและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ใช้เวลา 30 นาที

2.2. สอนและสาธิตทั้งมารดาและครอบครัวของทารกในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และทบทวนขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกับบุคลากรที่เกี่ยงข้องในการเพื่อส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ทันท่วงที ทั้งโรงพยาบาลระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องเวลา ใช้เวลา 60 นาที

2.3 จัดกิจกรรมสอนความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชั่น เรื่อง “โตสมวัยใส่ใจลูกน้อย” โดยให้มารดาและครอบครัวเรียนรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชั่นด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย

ด้านที่ 1 ลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนด ด้านที่ 2 การดูแลทางเดินหายใจให้เป็นปกติ ด้านที่ 3 การดูแลทารกเพื่อป้องกันอุณหภูมิกายต่ำ ด้านที่ 4 การดูแลทารกเพื่อป้องกันอุณหภูมิกายสูง ด้านที่ 5 การดูแลทารกด้านการรับประทานอาหาร ด้านที่ 6 การดูแลทารกเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อ ด้านที่ 7 การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการ ด้านที่ 8 พัฒนาการและการเจริญเติบโต และด้านที่ 9 การดูเมื่อได้รับวัคซีนในเด็ก

2.4 ประเมินผลจากทั้งมารดาและครอบครัวของทารกและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยการทำแบบทดสอบและมีการสาธิตย้อนกลับ และสอนเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้

3. นำแนวทาง ฯ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบ

4. ปรับปรุงแนวทางฯ ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน แล้ววิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R2) เป็นการนำแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดไปใช้จริง และประเมินผล

นำแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดที่ผ่านการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 2 ไปใช้ในสภาพจริง การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest-only research design) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองที่ใช้แนวฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ครอบครัว คือ บิดา มารดา และผู้ดูแลที่ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่แรกเกิดต่อเนื่องถึงอายุอย่างน้อย 6 เดือน ในจังหวัดสุพรรณบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และนครศรีธรรม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงธันวาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณจากโปรแกรม Power analysis[12] ได้ค่าอิทธิพลขนาดปานกลางด้วยการวิเคราะห์แบบ one-tailed test dependent t-test กำหนดอำนาจการทดสอบ .80, Significance level (α) .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 160 คน คัดเลือก มารดาที่มีบุตรเป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งต้องแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน และจับคู่ตามช่วงเวลา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 80 คน และกลุ่มควบคุม 80 คน จาก 4 ภาคของประเทศไทย จากจังหวัดสุพรรณบุรี เชียงใหม่ นครศรีธรรมราชและนครราชสีมา จังหวัดละ 40 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มารดาหรือครอบครัวที่มีบุตรเป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยอื่น ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป
2. เป็นมารดาหรือครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกก่อนกำหนดมาก่อน
3. เป็นผู้ดูแลหลักและจะเป็นผู้ดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลาอย่าง น้อย 3 เดือน
4. ผู้วิจัยสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
5. มารดาหรือครอบครัวที่มีทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ (Gestational Age) 28-36 สัปดาห์ โดยนับอายุ ครรภ์จากการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดาหรือผลการตรวจ Ultrasound หรือได้รับการ ประเมินจากแพทย์โดยวิธีของบาลลาร์ด (Ballard's score)[13]

เกณฑ์การคัดออก

1. มารดาหรือครอบครัวไม่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยต่อหรือขอออกจากงานวิจัยเมื่อเริ่มดำเนินการวิจัยไปแล้ว
2. ทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างทำการดำเนินการวิจัย
3. ทารกต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยก่อนครบตามระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
2. วิเคราะห์สภาพการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้านของมารดาและครอบครัว สภาพปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมของแนวทางฯ เพื่อมาพิจารณาปรับปรุงรูปแบบแนวทางฯ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นและพร้อมที่จะนำไปใช้
3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้านของมารดาและครอบครัว จังหวัดละ 4 ครั้ง กับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด 4 จังหวัด ตามรูปแบบแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด และมีการติดตามนิเทศงานในแต่พื้นที่ จำนวน 2 ครั้ง
4. ประเมินผลการใช้รูปแบบแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย content analysis[12] และเปรียบเทียบผลการใช้โปแกรมใช้ Pair T-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขรหัส EC-023/26564 ได้รับการอนุมัติวันที่ 30 กันยายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 และทุกกระบวนการในการดำเนินการผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนทางจริยธรรมอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่ม ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้ มารดาเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับทารกมากที่สุดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ร้อยละ 92.5 และ 95 ตามลำดับ อายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่ในช่วง 31-35 ปี ร้อยละ 60 และ 66.25 ตามลำดับ และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของควบคุมอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60 ส่วน ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของทดลองอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปลาย ร้อยละ 52.8

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดในแนวทางเดิมและแนวทางที่พัฒนาขึ้น

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดในแนวทางเดิมและแนวทางที่พัฒนาขึ้น

แนวทางเดิม	แนวทางที่พัฒนาขึ้น
1. ด้านการพัฒนาครอบครัว	
- ให้บุคลากรโรงพยาบาลสอนเชิงปฏิบัติการมารดาในโรงพยาบาลเรื่องการดูแลบุตรก่อนกลับบ้าน	- ใช้หลักสูตรระยะสั้นเสริมสมรรถนะของครอบครัวโดยมีเนื้อหาความรู้ในเรื่องต่างๆ ทั้งแบบออนไซต์และการใช้สื่อเทคโนโลยีรูปแบบต่างๆ เพื่อการเข้าถึงครอบครัวของทารกคลอดก่อนกำหนดทั้งก่อนจำหน่ายและเมื่ออยู่บ้าน - จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเชิงรุก เรื่องการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดในรูปแบบการสร้างกลุ่มสนับสนุน (group support) ระหว่างครอบครัวของทารกและเจ้าหน้าที่เพื่อการรวมกลุ่มและการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- มอบคู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment For Intervention Manual: DAIM) ในแก่มารดา - มีสื่อแผนแผ่นภาพแจกแก่ครอบครัว เพื่อนำไปใช้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน	- มีการสอนการใช้คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment For Intervention Manual: DAIM) และติดตามการใช้คู่มือ - สร้างสื่อออนไลน์รวมกลุ่มในการให้ความรู้และข้อมูลด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวที่ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน
2. ด้านกระบวนการประสานงาน	
- โรงพยาบาลระดับจังหวัด โทรประสานการทำงานกับโรงพยาบาลระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- โรงพยาบาลระดับจังหวัดส่งต่อทารก โดยลงพื้นที่ร่วมกับทั้งโรงพยาบาลระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง - ประสานงานและอบรม อสม. ในพื้นที่ติดตามประเมินพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กทารกอย่างต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ - กำหนดมารตราการ/แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้านเมื่อเกิดภาวะโรคระบาด หรือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ
3. ด้านการพัฒนาเครื่องมือ/สื่อนวัตกรรมและแนวปฏิบัติการประเมินทารก	
- ไม่มีเครื่องมือในการประเมิน	- พัฒนาเครื่องมือ/คู่มือ ใช้ประเมินอาการร่างกายทุกระบบระดับความรุนแรงและช่วยในตัดสินใจให้การดูแลทารกขณะที่มีความผิดปกติที่บ้านก่อนนำตัวส่งโรงพยาบาล

จากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพตามกรอบแนวคิดของบรอนเฟนเบนเนอร์[10] และ Health Growth and Development Guideline ขององค์การอนามัยโลก[11] พบว่าผลการดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ (ตารางที่ 1) ได้แก่ แนวทางการดูแลด้านครอบครัว ด้านกระบวนการประสานงาน และด้านการพัฒนาเครื่องมือ/สื่อนวัตกรรมและแนวปฏิบัติการประเมินทารก เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการดูแลต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมระกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมทั้งมารดาและครอบครัวของทารกและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การสอนและสาธิตทั้งมารดาและครอบครัวของทารกในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และทบทวนขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกับบุคลากร การจัดกิจกรรมสอนความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชั่น และการประเมินความรู้และเพิ่มเติมความรู้ทั้ง 80 ครอบครัว ผู้ปกครองสามารถประเมินได้เบื้องต้นและส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ทันท่วงที รวมทั้งการสร้างช่องทางกลุ่มสื่อออนไลน์ เช่น กลุ่มไลน์ (line application) มีการประสาน อสม. ในพื้นที่ การมีพัฒนาเครื่องมือ/คู่มือในการใช้ประเมินอาการของร่างกายทุกระบบและกำหนดมารตราการ/และการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้านเมื่อเกิดภาวะโรคระบาด หรือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินต่างๆ สามารถติดตามประเมินพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กทารกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการใช้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาและครอบครัวในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	SD	t-test	P
กลุ่มควบคุม (n = 80)	14	21	16.68	3.62	15.89	.002*
กลุ่มทดลอง (n = 80)	18	26	21.98	2.14		

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาและครอบครัวหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนดของไทยใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ปกครองของทารกและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ประกอบด้วย แนวทางการดูแลด้านครอบครัว ด้านกระบวนการประสานงาน และด้านการพัฒนาเครื่องมือ/สื่อนวัตกรรมและแนวปฏิบัติการประเมินทารก เพื่อการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะ การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้หลักสูตรระยะสั้นเสริมสมรรถนะของครอบครัวทั้งเรื่องเนื้อหาความรู้และการใช้สื่อเทคโนโลยีรูปแบบต่างๆ มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเชิงรุกในรูปแบบการการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวของทารกและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ความรู้และข้อมูลด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวที่ผ่านสื่อออนไลน์ เนื่องจากความรู้ผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาเด็กให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ เพราะการจัดการเรียนการสอนที่มีกระบวนการต่อเนื่องและเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมปกติตามตารางกิจกรรมประจำวัน จะทำให้ผู้ปกครองได้รับความรู้และข้อมูลเพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อพัฒนาการเด็กทุกด้าน[14] รวมทั้งครอบครัวควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก ดังนั้นควรมีการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะรวมทั้งการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของครอบครัว นอกจากนี้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการดูแลมารดาและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนด[15] เพราะบุคลาการทางการแพทย์จะเป็น

ผู้สนับสนุนส่งเสริมในการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทารกอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นอีกขั้นตอนที่สำคัญช่วยให้ครอบครัวได้เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลบุตร ตลอดจนได้สะท้อนความคาดหวังในเชิงบวกต่อการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะต่อ ๆ ไป[16] ดังนั้นในการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลทารกอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ ทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจมารดาและครอบครัวเพื่อให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุตร การสอนและการสาธิตและการได้ ฝึกปฏิบัติจริง จะทำให้มารดาและครอบครัวของทารกคลอดก่อนกำหนดเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติใสถานการณ์จริงได้

2. ผลของการนำแนวทางทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนดของไทยไปใช้ พบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาและครอบครัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ โดยการสอนและการสาธิตและการได้ฝึกปฏิบัติจริง จะทำให้มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ เนื่องจากการใช้โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและส่งเสริมความรู้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทำให้มารดาเรียนรู้และพัฒนาความรู้ในการดูแลบุตรมากขึ้นกว่าการพยาบาลตามปกติ[17] นอกจากนั้นการส่งเสริมให้ ครอบครัวได้มีส่วนร่วมกับการสร้างเสริมสมรรถนะการดูแลทารก จะช่วยการดูแลมีความต่อเนื่องและช่วย ส่งเสริมให้น้ำหนักตัวทารกคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายเพิ่มขึ้น[18] อย่างไรก็ตาม การเตรียมความพร้อมของมารดาและครอบครัวในการดูแลทารกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าวิธีการติดตามเยี่ยมระยะเวลาและจำนวนครั้งของการเยี่ยมครอบครัวที่มีบุตรเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดควรเป็นเท่าใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการเลือกใช้แนวทางและบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรมีระบบการติดตามเยี่ยม หรือโปรแกรมการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง ทั้งรูปแบบไปเยี่ยมบ้านและใช้สื่อระบบการพยาบาลทางอินเตอร์เนต (Telehealth) เพื่อลดภาวะความเครียดและช่วยเหลือมารดาได้รวดเร็วและเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ระดับพื้นที่ที่มีความแตกต่างของภูมิภาคหรือวัฒนธรรม เพื่อสามารถพัฒนาแนวทาง/รูปแบบ/นวัตกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กทารกคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาและถอดบทเรียนแนวทางการดำเนินงานและปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพสำหรับเด็กทารกแรกเดของไทย และขยายผลให้กับหน่วยงานระดับพื้นที่ทุกแห่ง ได้นำไปใช้

References

1. National Reform Steering Office National Strategy and Building Unity and Reconciliation. 20-Year National Strategy “The Future of Thailand. 2020. (in Thai)
2. Preeyanuch C. Factors Related to Suspected Delayed Development of Early Childhood. Princess of Naradhiwas University Journal. 2018; 5(2):116-71. (in Thai)
3. Jit-aree W. A study on the growth of infants from birth to 6 months.A case study of Children from birth to 6 months in Suphanburi, Loei and Satun provinces. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. 2021.
4. Ruenkong W. Preterm Labour Prevention and Surveillance Model Driven by the Networks. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. 2021.
5. Samanchat C. Survival Rate of Extremely Low Birth Weight Infants and Survival Factors in Si Sa Ket Hospitals. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2021; 36(2): 265-74.

6. Sriyasak A, Sumkong T, Ket-in V, Arayathanitkul B and Lamtrakul S. Nurses' Role in Newborn Development Focused on Family Centered-Care in NICU. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 101-9. (in Thai)
7. Ballantyne, M., Benzies, K.M., McDonald, S., Magill-Evans, J., & Tough, S. Risk of developmental delay: comparison of late preterm and full term Canadian infants at age 12 months. Early Human Development. 2016; 101:27-32.
8. Wassamon P, Somsamorn R, and Sompong P. Effects of Supportive-Educative Program on Teenage Mothers' Care Behavior for Premature Infants. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019; 39(4), 86-96. (in Thai)
9. Bronfenbrenner, U. Making Human Beings Human: Bioecological perspectives on Human development. Thousand Oaks, California: Sage. 2005.
10. Guidelines Review Committee. World Health Organization. WHO Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes. Green Ink, United Kingdom. 2022.
11. Giorgi, A. Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press. 1985.
12. Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 1988
13. Jeanne L. The New Ballard Score is reprinted with permission of Mosby Yearbook, Inc. and Ross Laboratories. USA. 1991.
14. Gerdmeesuk P. Parents' participation in the Educational Management of the Preschool Child Development Center in Wat Puranawad Community in Thawi Watthana District, Bangkok Metropolis. Journal of Buddhistic Sociology. 2021;6(1):119-32.
15. Wangruangsatid R, Rangsiyanon J and Rungchay A. Maternal Preparation Guideline for Taking Care of Premature Infants after Discharge in Thailand: A Systematic Review. Songklanagarind Journal of Nursing.39(1):66-78.
16. Thiele N., KnierimI N. & Mader S., Parents as partners in care: Seven guiding principles to ease the collaboration, Newborn Infant Nurse. Review. 2016; 16: 66-8
17. Chupinijrobkob P. Effects of Supportive-Educative Nursing System Program on Knowledge and Caring Behaviors among Mothers' of Premature infants. Journal online.2022; 7(1):18-32.
18. Pikulngam J. Effects of a Maternal Transition Preparation Program on Infant Care Behaviors and Preterm Infants' Body Weight. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for the Master Degree of Nursing Science in Pediatric Nursing Faculty of Nursing Burapha University. 2021.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

The Factors Related to COVID-19 Preventive Behaviors among Buddhist Monks in Muang District, Roi-Et

จตุพร จำรองเพ็ง จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล*
Jatuporn Jumrongpeng Jaruwan Kownaklai*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย 44150
Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand 44150

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ กลุ่มตัวอย่างคือ พระสงฆ์ จำนวน 120 รูป สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Pearson Product-Moment Correlation และ Point Biserial Correlation ผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี (M = 85.88, S.D. = 10.29) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = .415$) การรับรู้ประโยชน์ ($r = .414$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = .403$) และการรับรู้ความรุนแรง ($r = .227$)

คำสำคัญ: พระสงฆ์, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคโควิด-19

Abstract

This research aimed to study the preventive behavior against COVID-19 and its related factors among Buddhist Monks. A multi-stage sampling process yielded 120 monks. The instrument included questionnaires for sociodemographic, perceived susceptibility, perceived severity, perceived barriers, perceived benefits, perceived self-efficacy, and preventive behavior against COVID-19. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson Product-Moment Correlation, and Point Biserial Correlation. The results revealed that the samples had a high level of preventive behaviors against COVID-19 (M = 85.88, S.D.=10.29). The behaviors related significantly ($p < .01$) with perceived self-efficacy ($r = .415$), perceived benefits ($r = .414$), perceived susceptibility ($r = .403$), and perceived severity ($r = .227$)

Keyword: Buddhist monks, preventive behavior, COVID-19

Corresponding author: E-mail jaruwan.o@msu.ac.th
ได้รับการสนับสนุนทุนภายใต้โครงการพลเมืองไทยสู้ภัยวิกฤติ จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

วันที่รับ (Received) 16 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 27 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 7 ต.ค. 2566

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) และเป็นโรคระบาดใหญ่ของโลก[1] สำหรับในประเทศไทย โรคโควิด 19 ระบาดครั้งแรกช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงหรือ Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) โดยเชื้อไวรัสนี้สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนได้ง่ายผ่านการสัมผัสกับละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก และน้ำลายของผู้ติดเชื้อ มีอัตราการแพร่โดยผู้ติดเชื้อ 1 คน สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นเฉลี่ย 2-4 คน[2] และการระบาดใหญ่ที่ผ่านมาทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วประมาณ 150-200 รายต่อวัน ขณะที่ความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติของโรคโควิด 19 นั้นมีไม่มาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการและหากมีอาการก็ยากที่จะแยกโรคจากไข้หวัดธรรมดาได้ มาตรการของกระทรวงสาธารณสุขจึงมุ่งไปที่การให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้าง เน้นการค้นหาผู้ป่วยและติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของประชาชนรวมถึงกิจกรรมทางศาสนาของพระสงฆ์ด้วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรคได้ และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบทางสังคมเป็นอย่างมากรวมถึงสังคมของพระสงฆ์ เนื่องจากวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์ในบริบทของพระพุทธศาสนามีข้อกำหนดที่อาจทำให้พระสงฆ์ไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ เพราะพระสงฆ์มีกิจที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การออกบิณฑบาต การรับกิจนิมนต์ การทำวัตรเช้าและทำวัตรเย็นในอุโบสถหรือศาลาร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวทำให้พระสงฆ์ต้องไปสัมผัสประชาชนที่หลากหลายทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้ ดังนั้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พระสงฆ์จึงจำเป็นต้องเข้าใจวิธีการในการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อที่จะได้ดูแลสุขภาพของตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว[3-4] ตำแหน่งในวัด การสนับสนุนข้อมูลในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสื่อต่างๆ[5] การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองของพระสงฆ์[6-8] มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งในการระบาดของโควิด 19 ระลอกแรกในประเทศไทยนั้นยังไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19[9-12] สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[13] เป็นทฤษฎีที่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเน้นที่ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะต้องอยู่บนพื้นฐานความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พบจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากพื้นที่อื่น ๆ เข้ามาในจังหวัด และมีผู้ป่วยยืนยันและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจากการจัดงานบุญ งานประเพณี หรือแม้แต่การไปวัดทำบุญ อาจส่งผลให้พระสงฆ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 เนื่องจากต้องใกล้ชิดประชาชนจำนวนมากและต้องประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ตลอดจนการปฏิบัติกิจของสงฆ์ต่าง ๆ จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่หรือโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์

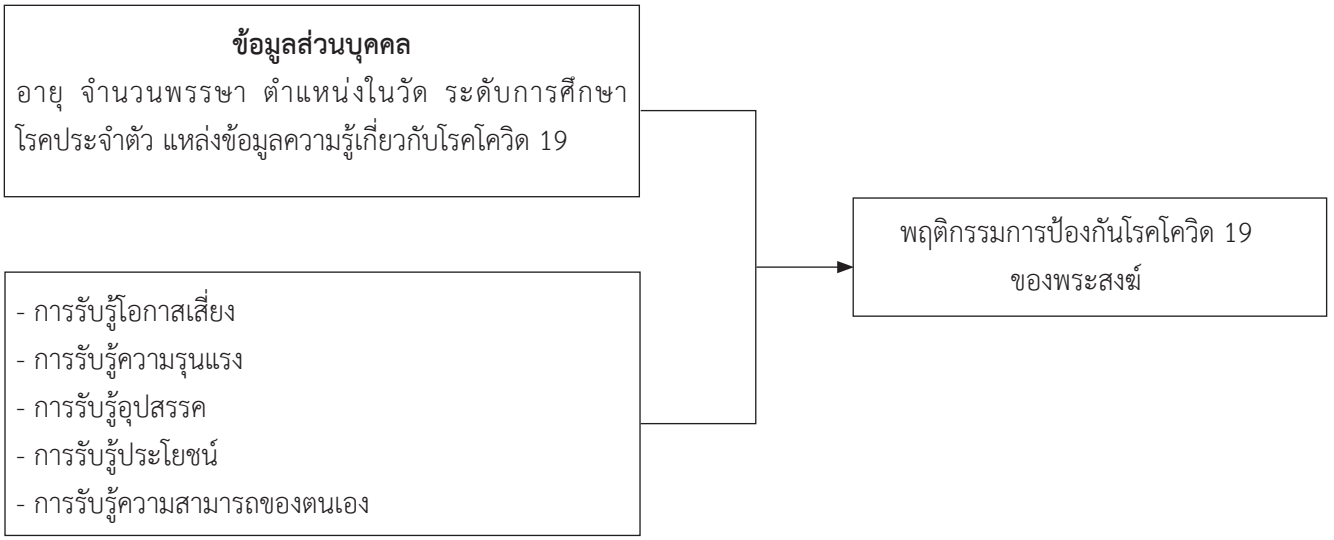
คำถามการวิจัย

1. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ อยู่ในระดับใด

2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[13] ดังแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ศึกษาในช่วงเดือน มกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 รวม 12 เดือน

ประชากรคือ พระสงฆ์อายุ 18-60 ปี ที่อาศัยอยู่วัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อายุ 18-60 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power version 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test, 1- β) ที่ระดับร้อยละ 95 ความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ .05 หาความสัมพันธ์แบบทางเดียว จากค่ามาตรฐานของ Cohen ได้ค่า Effect size อยู่ในระดับ medium เท่ากับ 0.3 ได้กลุ่มตัวอย่าง 115 คน ป้องกันอัตราการตอบกลับข้อมูลไม่ครบถ้วน เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เมื่อรวบรวมข้อมูลพบว่ามีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 7 ชุด จึงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ จำนวนพรรษา ตำแหน่งในวัด ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ จำนวน 39 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย ดังนี้ 1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 7 ข้อ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 จำนวน 8 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 9 ข้อ 4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 9 ข้อ และ 5) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มีช่วงคะแนนรวม 20-100 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 20-46.66 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19ไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 46.67-73.33 หมายถึงพฤติกรรม

การป้องกันโรคโควิด-19ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 73.34-100 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89-1.00 แล้วดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เท่ากับ .76, .78, .82, .88, .72 และ .77 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผ่านการอนุมัติ วันที่ 9 เมษายน 2564 เลขที่รับรอง 119-109/2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด และติดต่อขอนุญาตเจ้าอาวาสวัดที่จะเก็บข้อมูล หลังจากนั้นนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลทำการพิทักษ์สิทธิ์และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) และสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point-Biserial correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเฉลี่ย 38.16 ปี (SD = 15.73) จำนวนพรรษาเฉลี่ย 9.01 พรรษา (SD = 10.87) ร้อยละ 45 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 75 และร้อยละ 80.8 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากอินเตอร์เน็ต ร้อยละ 75

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำแนกเป็นรายด้าน

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด 19	21.08	3.39	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19	24.00	2.64	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19	20.88	6.18	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19	30.49	4.00	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19	20.55	2.63	สูง

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19อยู่ในระดับปานกลาง

2. การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 85.88, SD = 10.29)

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ ผลการศึกษาดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ตำแหน่งในวัด ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ตำแหน่งในวัด	1.00				
2. ระดับการศึกษา	-.407**	1.00			
3. โรคประจำตัว	.447**	-.215**	1.00		
4. แหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	.074	-.046	.183*	1.00	
5. พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19	-.204*	.067	-.178*	.025	1.00

*p<.05, **p<.01

จากตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งในวัด (r = -.204) และโรคประจำตัว (r = -.178) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ จำนวนพรรษา และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของพระสงฆ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	1.00							
2. จำนวนพรรษา	.600**	1.00						
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19	-.053	-.019	1.00					
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19	-.027	-.156*	.258**	1.00				
5. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19	-.166*	.012	.291**	-.241**	1.00			
6. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19	-.015	-.121	.487**	.495**	.027	1.00		
7. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19	-.061	-.025	.382**	.290**	.100	.529**	1.00	
8. พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19	-.076	-.220**	.403**	.227**	.004	.414**	.415**	1.00

*p<.05, **p<.01

จากตารางที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนพรรษา (r = -.220) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 (r = .415) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 (r = .414) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด 19 (r = .403) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 (r = .227) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม

การป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของพระสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี [14-15] เนื่องจากการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการเผยแพร่แนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ทั้งในระดับส่วนกลางจนถึงระดับชุมชน อีกทั้งมีการนำอุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์มาแจกพระสงฆ์ ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสารและมาตรการต่างๆ จากประกาศมหาเถรสมาคมเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับพระสงฆ์อย่างเคร่งครัด

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของพระสงฆ์

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งในวัด โรคประจำตัว และจำนวนพรรษา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ จำนวนพรรษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ[16-17] และพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์[5] อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัด จำนวนพรรษาเฉลี่ยน้อยและไม่มีโรคประจำตัว ทำให้ยังไม่ตระหนักและให้ความสำคัญกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 แตกต่างจากพระสงฆ์ที่มีจำนวนพรรษามากบวชมาเป็นระยะเวลานาน มีพระธรรมวินัยและกิจของสงฆ์เป็นกรอบในการปฏิบัติตัว ผ่านประสบการณ์การปรับตัวจากวิถีชีวิตแบบฆราวาสสู่วิถีชีวิตในรูปแบบของพระสงฆ์ ย่อมต้องเคร่งครัดในการปฏิบัติกิจของสงฆ์ตามพระธรรมวินัย โดยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทางมหาเถรสมาคมได้ประกาศมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของวัด ออกมาให้พระสงฆ์ได้ปฏิบัติตาม โดยมีพระในตำแหน่งปกครองซึ่งเป็นพระที่บวชมาเป็นระยะเวลานานเป็นตัวแทนในการเข้าประชุมรับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนำมาถ่ายทอดให้แก่พระลูกวัดปฏิบัติตาม

2.2 ปัจจัยตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เชื่อว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรค บุคคลนั้นจะต้องรับรู้ว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต การปฏิบัตินั้นเป็นประโยชน์ และการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจะทำให้มั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น[13] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่นิยมใช้มากที่สุดและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีที่สุด[18] เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ในระดับสูง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคโรคโควิด 19[12,19-22] และพฤติกรรมการป้องกันโรคอื่น ๆ ในพระสงฆ์[23]

รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19[9,12,18,24-25] ซึ่งการที่พระสงฆ์รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากเท่าไหร่ก็จะส่งผลให้พระสงฆ์ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากขึ้นตาม ปัจจัยต่อมาได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลไม่ปรารถนาและหลีกเลี่ยง จากผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูงและสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค เนื่องมาจากพระสงฆ์อาศัยและพุทธศาสนิกชนมีการรวมตัวกันเพื่อประกอบกิจกรรมทางศาสนาทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ผ่านมาที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค[21,26] และการรับรู้ความรุนแรงของโรค[12,27] มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ ทั้งนี้พบว่าพระสงฆ์มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยกว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อาจเนื่องมาจากพระสงฆ์มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 มาอย่าง

ต่อเนื่องจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของกระทรวงสาธารณสุขตามสื่อต่าง ๆ และส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยคล้ายโรคหวัดทั่วไปเท่านั้น ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลางและไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[18,25] ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อาจเนื่องมาจากพระสงฆ์ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการป้องกันโรคจากหน่วยงานของรัฐ และมีการประกาศงดกิจกรรมทางศาสนาบางอย่างทำให้ไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับพระสงฆ์ โดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ตามกรอบพระธรรมวินัย เพื่อให้สุขภาวะพระสงฆ์ยึดโยงอยู่กับพระธรรมวินัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ เนื่องจากในปัจจุบันปัญหาสุขภาพโลกมีความซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรและด้านระบาดวิทยาของโรค ทำให้เกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพของไทยสามารถตอบสนองต่อบริบทดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลชุมชนผู้ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค[28] จึงต้องมีการดำเนินการเชิงรุกและปรับรูปแบบการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีและสามารถรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีกในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในพระสงฆ์ ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงควรเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคในพระสงฆ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในพระสงฆ์กลุ่มวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ไวกว่ากลุ่มวัยอื่น และหากติดเชื้อจะมีอาการและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ และศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพระสงฆ์ ในเขตเมืองเปรียบเทียบกับชนบท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ให้เหมาะสมและครอบคลุมทุกพื้นที่

References

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report. World Health Organization; 2020.
2. Bruminhent J, Ruangsubvilai N, Nabhindhakara J, Ingsathi A, Kiertiburanakul S. Clinical characteristics and risk factors for coronavirus disease 2019 (COVID-19) among patients under investigation in Thailand. Public Library of Science ONE. 2020;15(9):1-14. (in Thai)
3. Potranan T, Kasipol T, Prasertson C. Variables Associated with Self-Care Capacity within the Framework of Good Health Components among Monks in Dusit District, Bangkok. Kasem Bundit Journal. 2017;18(1):135-45. (in Thai)
4. Wuttisaksakul K, Factors Related to Health Behaviors of Monks in Fang District, Chiangmai. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region. 2018;24(1):71-83. (in Thai)
5. Lasutham K, Siripitayakunkit A, Panpakdee O. Factors Related to Self-Care Behavior of Thai Buddhist Monk with Coronary Artery Disease. Ramathibodi Nursing Journal. 2018; 24(3):313-27. (in Thai)
6. Sukrueangkul A, Vannarit T, Boonsoi P, Autsri P. Factors Predicting Health Promotion Behaviors among Buddhist Monks in Chiang Raised Province. Nursing Journal. 2017;44(2):38-48. (in Thai)

7. Leeyutthanont M, Uraiwan P, Kaewsakulthong J, Saetew P. Development of Health Education Model for Monks. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2019;25(2):104-17. (in Thai)
8. Mheeaium P, Kanokthet T. Factors Effect with Health Behaviors of Monk in Takhli District, Nakhonsawan Province. Nakhon Lampang Buddhist's Journal. 2020;9(3):1-12. (in Thai)
9. Mahmood K, Fatemeh B, Robards S, Akbar B. H, Naser H, Amir H. P, et al. Factors related to preventive COVID-19 behaviors using Health Belief model among general population: a cross-sectional study in Iran. Biomedcentral Public Health. 2021;21(1):1934. doi:10.1186/s12889-021-11983-3.
10. Shahnazi H, Ahmadi-Livani M, Pahlavanzadeh B, Rajabi A, Hamrah M, Charkazi A. Assessing preventive health behaviors from COVID-19: a cross sectional study with health belief model in Golestan Province, Northern Iran. Infectious diseases of poverty. 2020;9(1):157. doi:10.1186/s40249-020-00776-2.
11. Tadesse T, Alemu T, Amogne G, Endazenew G, Mamo E. Predictors of coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention practices using health belief model among employees in Addis Ababa, Ethiopia. 2020. Infection and Drug Resistance. 2020;13:3751-61.
12. Kim S, Kim S. Analysis of the Impact of Health Belief and Resource Factors on Preventive Behaviors against the COVID-19 Pandemic. International Journal Environmental Research and Public Health. 2020;17(22):8666. doi:10.3390/ijerph1722866.
13. Rosenstock I. M., Strecher V. J., Becker M. H.. Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly. 1988;15(2):175-83.
14. Meenongwah J, Promwong W, Thammathorn P, Siriwatthano S, Tabaselo S. P, Kosonwiharakol P. Health Belief Model and Disease Prevention Behaviors on Coronavirus Disease (COVID-19) among monks in Ubon Ratchathani Province. Journal of MCU Ubon Review. 2022;7(1): 817-32. (in Thai)
15. Phonpinyo M, Phajan T, Vonok L. Factors Associated with Preventive Behaviors for Coronavirus 2019 (COVID-19) of Monks and Novices in Chum Phae District, Khon Kaen Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2023;17(3):827-41. (in Thai)
16. Wuttisaksakul K. Factors Related to Health Behaviors of Monks in Fang District, Chiangmai. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region. 2018;24(1):71-83. (in Thai)
17. Kasaro K, Noonkium D, Chimhad P. The Behaviors in Taking Care of Health Possessed by The Monks in Prasong Sub–District Thachana District Suratthani Province. Journal of MCU Nakhondhat. 2021;8(5):231-47. (in Thai)
18. Zewdie A, Mose A, Sahle T, Bedewi J, Gashu M, Kebede N, Yimer A. The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. SAGE Open Medicine. 2022;10:20503121221113668. doi: 10.1177/20503121221113668.
19. Affendi I, Nor Asiah M, Norma M, Mohd Hatta A, Noor Aliza L, Sabtuah M, et al. Association between self-efficacy and health behaviors in disease control: A systematic review. Global Journal of Health Science. 2018;10(1):1-18.
20. Fathian-Dastgerdi Z, Khoshgoftar M, Tavakoli B, Jaleel M. Factors associated with preventive behaviors of COVID-19 among adolescents: Applying the health belief model. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2021; 17(10):1786-90.

21. Chen Y, Zhou R, Chen B, Chen H, Li Y, Chen Z, et al. Knowledge, Perceived Belief, and Preventive Behavioral Related to COVID-19 Among Chinese Older Adult: Cross-Sectional Web-Based Survey. Journal of Medicine Internet Research. 2020;22(12):e23729.
22. Chen H, Li X, Gao J, Liu X, Mao Y, Wang R, et al. Health Belief Model Perspective on the Control of COVID-19 Vaccine Hesitancy and the Promotion of Vaccination in China: Web-Based Cross-sectional Study. Journal of Medical Internet Research. 2021;23(9):e29329.
23. Hinkong W, Thongbai W, Kummabutr J. The Factors Predicting Cardiovascular Disease Preventive Behaviors Among Monks in Sisaket Province in Thailand. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2022;17(4):396-11. (in Thai)
24. Junwin B, Yok-in J, Tengrothnapaporn P, Dissara W. Factors related to self-protection behaviors from COVID-19 of the people in the dark red area, Nakhon Si Thammarat province. Journal of Council of Community Public Health. 2022;4(1):1-14. (in Thai)
25. Trairatnopas V, Aree P, Phimchaisai P. The Benefit 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)
26. Rojpaisarnkit K, Kaewpan W, Pengpid S, Peltzer K. COVID-19 Preventive Behaviors and Influencing Factors in the Thai Population: A Web-Based Survey. Frontiers in Public Health. 2022;10: 816464. doi:10.3389/fpubh.2022.816464.
27. Badr H, Oluyomi A, Woodard L, Zhang X, Raza S, Fahmideh M, EI-Mubasher O, Amos C. Sociodemographic and Health Belief Model Factors Associated with Nonadherence to COVID-19 Mitigation Strategies in the United States. Annals of Behavioral Medicine. 2021;55(7):677-85.
28. Artsanthia J, Pitplearn N, Prachyakoon N. Direction of Health Care in Pandemic of Corona Virus 2019 in New Normal of Community Nurse. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1):57-64. (in Thai)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Influencing Blood Glucose Control Behavior among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus in Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani Province

ณัฐธิดา ปัญญาธนคุณ* ประภัสสร จันดี พัชราภรณ์ อนุพันธ์
Nattida Panyatanakun* Prapatsorn Jandee Patcharaporn Anuphan
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190
Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani Thailand 34190

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลวารินชำราบ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ จำนวน 53 ราย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า อาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .554$, $r = .443$, $r = .424$, $r = .294$ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ ตามลำดับ) การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้เท่ากับร้อยละ 44 ($R^2adj = 0.37$, $F = 6.08$)

พยาบาลสามารถส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว มาพัฒนากระบวนการในการกระตุ้นพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์

คำสำคัญ: เบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว

Abstract

The predictive correlational research aims of investigating the predictability of blood glucose control behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus in Warinchamrap hospital. The study recruited 53 pregnancy women with gestational diabetes mellitus following the inclusion criteria. Data were collected using questionnaires, including questionnaire of pregnancy women with gestational diabetic mellitus,

Corresponding Author: * E-mail: Panyatanakun.fon@gmail.com
ได้รับการสนับสนุนทุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันที่ได้รับ (received) 8 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 23 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ก.ย. 2566

family interaction questionnaire, health belief questionnaire and blood glucose control behavior of pregnancy women with gestational diabetic mellitus. All data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The result showed that age, family interaction, perceived potential for complication, perceived severity of the disease and perceived benefit of practice were significantly correlated with blood glucose control behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus (r = -.379, r = .554, r = .443, r = .424, r = .294, p<.05, respectively). Family interaction could significantly predict blood glucose control behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus (p<.05), equally 44 percent (R^2adj = 0.37, F = 6.08).

Nurse can promote interaction within the family. To develop a process to stimulate glucose control behaviors in pregnant women with gestational diabetes.

Keywords: gestational diabetes mellitus, blood glucose control behavior, family interaction

บทนำ

ภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) มักเกิดจากรกสร้างฮอร์โมนต้านฤทธิ์อินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงกว่าปกติ พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมาก จากรายงานสถิติสมาคมเบาหวานนานาชาติปี 2019 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 20.9 ล้านคน โดยถูกวินิจฉัยเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 85.1 ในทวีปเอเชียพบภาวะเบาหวานขณะการตั้งครรภ์ร้อยละ 20.9 พื้นที่ที่มีความชุกมากที่สุดคือ ทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ ร้อยละ 29.8 และ17.5 ตามลำดับ รองลงมาคือเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 15.8[1] ส่วนในประเทศไทยความชุกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทวีปเอเชีย ร้อยละ 17.12 ซึ่งส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อของกรวยไต ครรภ์แฝดน้ำ การผ่าตัดทางหน้าท้อง คลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อและตกเลือดหลังคลอด และยังมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานในอนาคตมากกว่าหญิงปกติถึง 7.4 เท่า ด้านจิตใจของมารดาไม่ว่าจะเป็นความกลัว กังวล และสับสนต่อการเกิดและการดำเนินของโรค ตลอดจนการตำหนิตนเอง[2,3] ในด้านภาวะแทรกซ้อนต่อทารก ได้แก่ ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกตัวโต ภาวะบิริลูบินในเลือดสูง หายใจลำบากแรกเกิด และภาวะตายคลอด[2,3] ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายสำหรับหญิงตั้งครรภ์

สิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในมีประสิทธิภาพ เกิดจากรับรู้สุขภาพและจัดการตนเองที่เหมาะสม คือ หญิงตั้งครรภ์ต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และจัดการความเครียด[2,4,5] ดังนั้นการบูรณาแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock ที่ระบุว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ต้องหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ นั่นหมายความว่าบุคคลต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อชีวิต จึงจะปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และต้องมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์และไม่มีอุปสรรคจากการปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวาน (b = -.063, t = -2.054, p<.05) เช่นเดียวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 19.1 (F = 7.012, p < .01)[6] การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 5.5 (F = 5.409 ; p-value < 0.05) และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม (b = 1.208, t = 7.99, p < .001)[7] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วไป และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของของหญิงตั้งครรภ์มีจำนวนจำกัด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการมี

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง[6,7] สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ยังมีตัวแปรที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและยังพบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของของหญิงตั้งครรภ์มีจำนวนจำกัด

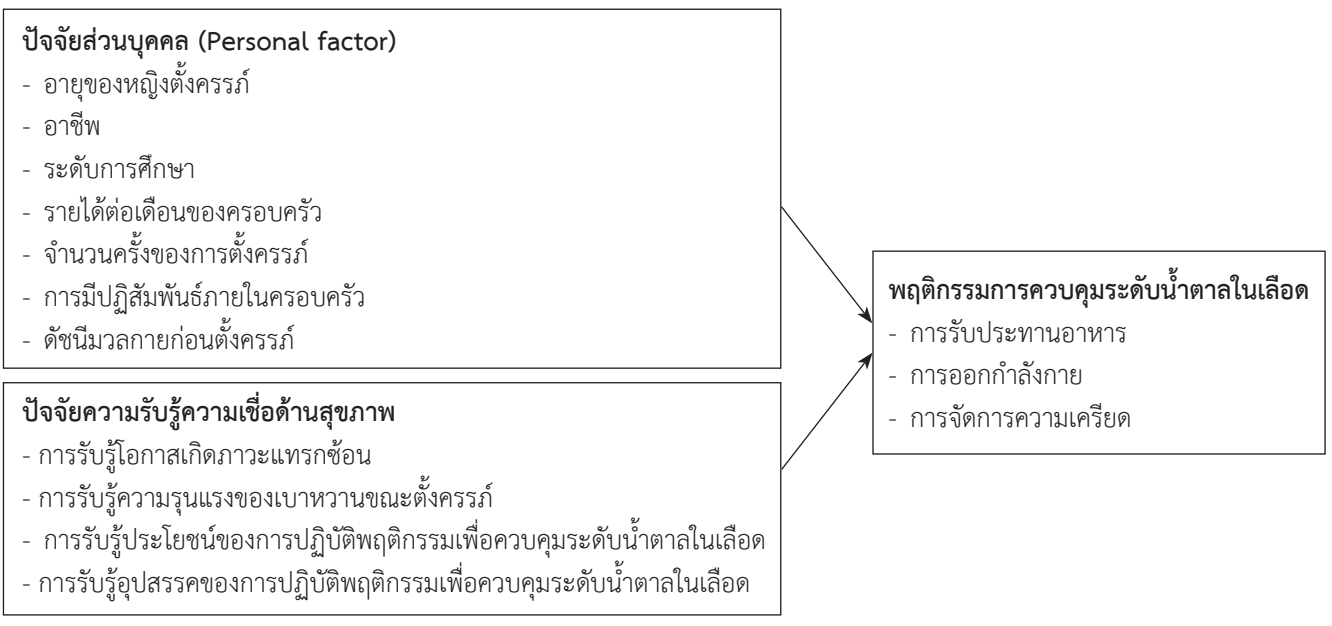
สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลวารินชำราบเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ โดยดูแลเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน 6 อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 19 แห่ง โดยในปีงบประมาณ 2564 คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลวารินชำราบ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 107 ราย แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยเป็นเบาหวานจำนวน 61 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ Class A1 จำนวน 35 รายและ A2 จำนวน 11 ราย ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี และหลายรายมีภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในค่าที่ปลอดภัยได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุของหญิงตั้งครรภ์ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลวารินชำราบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ บูรณาการมาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[8] กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมไปในทางที่ดี หลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Correlation Study) ประชากร (Population) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 20 ปี ที่มาแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 20 ปี 2) ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ 3) สามารถสื่อสารและฟังภาษาไทยได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยลงนามในใบยินยอม เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บครรภ์คลอด มูกเลือดออดทางช่องคลอด และน้ำเดิน

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน ปีค.ศ. 1988 โดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size ผ่านโปรแกรม G * Power ใช้สถิติ Correlation: Bivariate normal model กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test: 1- β) เท่ากับร้อยละ 0.80 ส่วนค่าขนาดอิทธิพล (effect size) คำนวณจากกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่น้อยที่สุดจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน 2 งานวิจัย[3,8] ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยเท่ากับ 0.38 แทนค่าในโปรแกรมคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 49 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 54 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย อายุครรภ์ ประวัติทางสูติกรรม

2) แบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบสอบถามสร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วย” ให้ 0 คะแนน จนถึง “เห็นด้วยมากที่สุด” ให้ 4 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ 0 – 32 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวสูง

3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามสร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน (8 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (5 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (8 ข้อ) และ การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (11 ข้อ) คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วย” ให้ 0 คะแนน จนถึง “เห็นด้วยมากที่สุด” ให้ 4 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ 0 – 32 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง

4) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์[4] มีจำนวน 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (10 ข้อ) ด้านการออกกำลังกาย (9 ข้อ) และด้านการจัดการความเครียด (8 ข้อ) คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ปฏิบัติ” ให้ 1 คะแนน จนถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ” ให้ 5 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ 27–135 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการตรวจความตรงด้านเนื้อหาโดยทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นอาจารย์สาขาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน หาค่าความตรงด้านเนื้อหา(Content validity index: CVI) ได้ค่าอยู่ในช่วง .75-1 และนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย ที่โรงพยาบาลสมเด็จพยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s

Alpha Coefficient) เท่ากับ .76, .86 และ.87 ตามลำดับ) และทั้งฉบับ α = .89

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-39/2565 ซึ่งรับรองวันที่ 28 มีนาคม 2565 การวิจัยนี้ได้รับการยินยอมการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ดำเนินการโดยใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และทำลายข้อมูลทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 5 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ เพื่อแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัย รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบแบบสอบถามและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับการทดสอบสมมติฐานปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ ใช้สถิติอ้างอิงวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) และใช้ การคัดเลือกตัวแบบ Stepwise

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 54 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย 1 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเพียง 53 คน ซึ่งเพียงพอกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 30.49 ปี (SD = 5.38) เป็นรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 41.5 สถานภาพสมรสคู่และสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.8 และ 64.2 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 22,145.28 บาทต่อเดือน (SD = 7,508.52) ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายมากกว่าเท่ากับ 30 คิดเป็นร้อยละ 43.4 มีประวัติเคยตั้งครรภ์มาแล้ว ร้อยละ 73.6 อายุครรภ์เฉลี่ย 28.61 สัปดาห์ (SD = 1.10) มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 67.90

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสันระหว่างตัวแปร (n = 53)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. อายุของหญิงตั้งครรภ์	1								
2.จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	.480*	1							
3. การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว	.060	0.12	1						
4. ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์	-.157	-.077	.002	1					
5. การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน	-0.24	-.080	.423*	.083	1				
6.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.64	-.095	.384*	-0.10	.704*	1			
7.การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	-0.83	-.172	.460*	-0.36	.629*	.678*	1		
8.การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	-.012	-.145	-.084	-.124	-0.74	-.111	.193	1	
9.พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	.112	.138	.554*	-.163	.443*	.424*	.294*	-.107	1

* p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .554$, $r = .443$, $r = .424$, $r = .294$ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างตัวแปร (n = 53)

ตัวแปร	1	2	3
1. อาชีพ	1		
2. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	.454*	1	
3. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	-.379*	-.067	1

* $p<.05$

จากตารางที่ 2 พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.379$, $p<.05$)

ตารางที่ 3 การทดสอบไคสแควร์กับระดับการศึกษา (n = 53)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการ		X^2	p-value
	ปานกลาง	สูง		
ระดับการศึกษา				
ไม่ศึกษา/ประถมศึกษา	6	0	.284	.594
มัธยมศึกษาขึ้นไป	42	2		

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
อาชีพ	-6.27	3.14	-.25	-1.99	.052
การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว	1.13	.32	.45	3.50	.001
การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน	.40	.32	.21	1.27	.210
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.40	.58	.12	.68	.496
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	-.34	.47	-.13	-.72	.471

$R = 0.66$ **$R^2adj = 0.37$** **$F = 6.08$**

$R^2 = 0.44$ **Constant = 56.47** **$p<.05$**

จากตารางที่ 4 พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 44 มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjust R^2 = 0.37, F = 6.08, p < .05 และการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ได้มากที่สุด (β = 0.45, p<.05)

สมการถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Standardized Regression Equation) คือ Z(พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) = -.25 (อายุ) +.45 (การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว) +.21(การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน) +.12 (การรับรู้ความรุนแรงของโรค) -.13 (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ (F = 6.08, p < .05) สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้ ร้อยละ 44 สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[7] ที่ระบุว่า การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลจากบุคคลที่ช่วยกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เป็นไปในทางที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความผูกพัน ใกล้ชิด สนิทสนม รวมทั้งติดต่อสื่อสารกันสม่ำเสมอ ทำให้สามารถร่วมกันวางแผนในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การช่วยสืบค้นหาข้อมูลในการดูแล และให้กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนหนึ่ง[4,10,11] พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดี ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันลึกซึ้งแน่นแฟ้น มีการติดต่อสื่อสารกันสม่ำเสมอย่อมมีผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปตามเกณฑ์ ยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 25.9-31[12,13] แตกต่างกับการศึกษาของ[14] ที่พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากบุคคลในครอบครัวต้องออกไปหารายได้ สร้างฐานะ ใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ ทำให้ให้ไม่มีเวลาในการร่วมกันวางแผนปรับพฤติกรรม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามเกณฑ์

ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[8] ที่ระบุว่า บุคคลต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อชีวิต จึงจะปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และต้องมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์และไม่มีอุปสรรคจากการปฏิบัติ ในการศึกษาครั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลในสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ทำให้อาจไม่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรม หรือบางรายอาจมีงานสังสรรค์ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนหนึ่งที่พบว่า อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด [7,15] เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อทางออนไลน์ได้มากขึ้น ส่งผลให้ไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม[7,15,16]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อยู่ระดับปานกลาง บุคลากรทางการแพทย์เน้นยำถึงความสำคัญและประโยชน์ของการฝากครรภ์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปตามเกณฑ์

2. บุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เคยเป็นเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ได้แชร์ประสบการณ์ในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และบุคลากรทางการแพทย์ก็สามารถให้ข้อมูลในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อเป็นตัวกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ เพื่อให้เห็นความแตกต่างของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและยังสามารถขยายผลการศึกษาให้กว้างขึ้น

References

1. Wang H, Li N, Chivese T, Werfalli M, Sun H, Yuen L, et al. IDF diabetes atlas: estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria. Diabetes research and clinical practice. 2022; 18(3): 1-7.
2. Srisawat K & Sikaow O. Management for Gestational Diabetes Mellitus: Two Case Studies. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 50-9. (in Thai).
3. Craig L, Sims R, Glasziou P, Thomas R. Women's experiences of a diagnosis of gestational diabetes mellitus: a systematic review. BioMed Central pregnancy and childbirth. 2020; 20(1): 1-15.
4. Chairat S, Khungtumneam K & Nateetanasomb K. Factors Related to Self-care Behaviors on Glycemic Control of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus Class A1. Journal of Health and Nursing Research. 2020; 36(3): 204-19.(in Thai)
5. Parnkasem S. Exercise During Pregnancy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 108-13. (in Thai).
6. Somtua P, Pitchapinyo P, Tiengtum V & Sujirarat D. Predictive factors of dietary consumption among diabetes mellitus type2 patients. Journal of Public Health Nursing. 2016; 30(1): 1-12. (in Thai).
7. Nochit W, Sa-nguansaj S , Kerdmuang S, Sooksom S, Dumkum B & Nawamawat J. Predictive factors of self health care among patients with type 2 diabetes in sapphaya district, chainat province. Journal of Kanchanaburi Rajabhat University. 2019; 8(2): 200-12. (in Thai).
8. Rosenstock, MI. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974; 2(4): 328-35.
9. Wutthisarn K, Siriarunrat S & Tachasuksri T. Relationships between health belief and eating behaviors of pregnant woman who had overweight before pregnancy. Chonburi Hospital Journal. 2017; 42(1): 19-26. (in Thai).
10. He J, Chen X, Wang Y, Liu Y & Bai J. The experiences of pregnant women with gestational diabetes mellitus: a systematic review of qualitative evidence. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders. 2021; 22(4): 777-87.
11. Charonesrimaung S, Suphunnakul P & Ngernchaeng J. Factors influencing glycemic control among pre-diabetes in maung district, phitsanulok province. Journal of Health Science. 2019; 28(4): 628-38. (in Thai).
12. Jangsavang S, Siriarunrat S & Tachasuksri T. Factors predicting blood glucose control behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus. The Journal of Faculty of Nursing Burapha Universit. 2020; 28(3): 79-89. (in Thai).

13. Chaiwongsa K & Chairob N. Factors predicting abnormally high 2-hour postprandial blood glucose levels in pregnant women with gestational diabetes mellitus. Journal of Health and Nursing Education. 2021; 27(5): 38-48. (in Thai).
14. AlHaidar AM, AlShehri NA, AlHussaini MA. Family support and its association with glycemic control in adolescents with type 1 diabetes mellitus in riyadh, saudi arabia. Journal of Diabetes Research. 2020; 20(1). 1-6.
15. Sangsawang D, Palitnonkert A & Ngamkham N. Factors affecting behaviors to reduce blood sugar levels of diabetic patients in bangpoomai tambon health promoting hospital, samutprakarn province. Valaya Alongkorn Review. 2018; 8(1): 103-17. (in Thai).
16. Ya-in B.The effects of health literacy enhancement program on self-care behaviors of patients with uncontrolled diabetes type II, chumsaeng hospital in nakhonsawan province. Sawanpracharak Medical Journal. 2021; 18(1): 36-48.(in Thai).

ประสิทธิผลของการออกกำลังกายโดยนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

The Effectiveness of Using the Miracle Spinning Palm Plate Innovation for Exercising on Exercise Behavior and Satisfaction with the Innovation of Nursing Students at Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

เกตุกนก เกตุทอง[1] กนกกาญจน์ คุปตะวินทุ[2] ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ*[1]

Ketkanok Kettong[1] Kannokarn Kutawin[2] Panisara Songwatthanayuth*[1]

[1]วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, เพชรบุรี, ประเทศไทย 76000

[1]Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Phetchaburi, Thailand 76000

[2]โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, เพชรบุรี, ประเทศไทย 76000

[2]Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi, Thailand 76000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในวิทยาลัยวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 112 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 56 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้ออกกำลังกายตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายและแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = -47.02) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้จานตาลมหัศจรรย์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 (t = 36.97) และมีระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลมาก (M = 4.31, SD = 0.69) จากผลการวิจัยมีข้อแนะนำว่าพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ในนักศึกษาและบุคคลทั่วไปได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการออกกำลังกาย, การออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์, นักศึกษาพยาบาล

Corresponding Author: panisara@pckpb.ac.th

วันที่รับ (received) 7 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2566

Abstract

The quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of exercise by the miracle spinning palm innovation for exercising on exercise behaviour and satisfaction with the innovation of nursing students at Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. The participants were selected into either the experimental (n = 56) or the control (n = 56) groups. The experimental group received the exercise by using the miracle spinning palm plate innovation for exercising. The research instrument included an exercise by using the miracle spinning palm plate innovation for exercising and data collection tools comprising of exercise behavior questionnaires and satisfaction with the innovation of nursing students questionnaires. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics. The results revealed that is statistically significant differences between pretest and posttest scores of exercise behaviour in the nursing students ($t = -47.02$, $p < .01$). There are statistically significant differences between the experimental group and control group of exercise behavior in the nursing students ($t = 36.97$, $p < .01$). The satisfaction level of the program is at a good level ($M = 4.31$, $SD = 0.69$). The findings suggested that nurses can apply this program to promote exercise behavior by using the miracle spinning palm innovation for exercising in students and other people.

Keywords: Exercise behavior, The miracle spinning palm plate innovation for exercising, and Nursing students

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในปัจจุบันมีผลต่อวิถีชีวิตทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยที่เกิดจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจากรายงานจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า 1 ใน 4 ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคสมองเสื่อม โรคมะเร็งบางชนิด และมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา[1] อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และเทคนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) เพิ่มขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือ การใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน การนั่งหรือนอนชมโทรทัศน์ เป็นต้น[2] สำหรับประเทศไทยมีการสร้างความร่วมมือกันจำนวน 20 กระทรวงที่ช่วยกันผลักดันในการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย สำหรับกระทรวงสาธารณสุขจับมือภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ห่างไกลโรคอย่างยั่งยืน สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์ ส่งผลต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบการเคลื่อนไหว ช่วยให้กระดูกมีความหนาและแข็งขึ้น เอ็นของข้อต่อมีความหนาและเหนียวมากขึ้น ทำให้ข้อต่อมีความแข็งแรงสามารถเคลื่อนไหวได้เต็มที่อย่างมีประสิทธิภาพ เยื่อบุข้อมีการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงในปริมาณพอเหมาะที่ทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปโดยคล่องตัว และไม่ทำให้บริเวณหัวกระดูกเกิดการเสียดสีกันจนเกิดอันตราย กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงขึ้นและยืดหยุ่นได้มากขึ้น ช่วยการทำงานระบบหายใจดีขึ้นโดยกล้ามเนื้อระหว่างช่องซี่โครง และกล้ามเนื้อกระบังลมแข็งแรงขึ้น ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้มีปริมาตรอากาศที่สามารถหายใจเข้าออกได้มากขึ้น แลกเปลี่ยนแก๊สดีมากขึ้น ระบบการไหลเวียนเลือดมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยหัวใจจะมีปริมาตรมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรงขึ้นทำให้สามารถสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจได้ครั้งละปริมาณที่มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่าเดิม ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ตลอดจนส่งผลต่อจิตใจในการลดความเครียด มีสุขภาพจิตที่ดี[1,2]

สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 86.35 ซึ่งเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงต้องมีการปรับการเรียนการสอนเป็นระบบออนไลน์ ซึ่งส่งผลให้นักศึกษามีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เพราะจะนั่งอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์มากขึ้น ขณะเดียวกันนักศึกษามีความต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยในการออกกำลังกายที่จะทำให้ออกกำลังกายได้สะดวกมากขึ้นทั้งในช่วงเวลาเรียน

และนอกเวลาให้เกิดความสนุกสนาน อีกทั้งนักศึกษาพยาบาลก็เป็นบุคลากรที่เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง[3] มีการศึกษาพบว่าอุปกรณ์ในการออกกำลังกายมีสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย[4] มีการศึกษาผลของการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อระดับน้ำตาล ในกระแสเลือด[5] การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะช่วยลดอาการชาที่ฝ่าเท้าได้[6] นอกจากการศึกษาในต่างประเทศแบบการวิจัยทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม พบว่านวดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีผลต่อการลดระดับความดันโลหิต และชีพจร[7] การศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายรำไม้พลอง พบว่า หลังจากการเข้าโปรแกรมการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และมีไม้พลองช่วยในการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] พบว่าจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการทำนวัตกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงค้นหาวิธีการที่จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น นำมาสู่นวัตกรรมที่มีความสะดวกต่อการนำออกมาใช้งานและการเก็บรักษา สามารถใช้ในการออกกำลังกายได้ในทุกสถานที่ จึงพัฒนานวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ขึ้น โดยอุปกรณ์ที่ใช้ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาไทยท้องถิ่น เนื่องจากจังหวัดเพชรบุรีเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีต้นตาลมากอันดับต้นของประเทศไทย ตาลโตนดจึงนับเป็นพืชเศรษฐกิจของจังหวัดเพชรบุรีที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาของชุมชนมาแต่ดั้งเดิม ลำต้นของต้นตาลสามารถนำมาใช้ทำไม้กระดานหรือใช้ทำเสา สร้างบ้าน ซึ่งมีคุณสมบัติทนแดดทนฝนและการเสียดสีได้ดี[9]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนานวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ร่วมกับนำจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ร่วมกับการใช้แนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง (self-regulation) ของแบนดูรา (Bandura)[10] ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีปัญญาสังคม (social cognitive theory) กล่าวคือ การกำกับตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจนำมาซึ่งการกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยมีการส่งเสริมให้นักศึกษาที่มีการออกกำลังกายน้อยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยการตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทางการออกกำลังกายโดยนวัตกรรมจานหมุนมหัศจรรย์มาเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการส่งเสริมการออกกำลังกายในนักศึกษาพยาบาล สะดวกในการเคลื่อนย้ายและใช้ได้สะดวก และมีคู่มือการใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ พร้อมทั้งติดตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีอันจะส่งผลต่อการลดโรคและคุณภาพชีวิตในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่มีการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่มีการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ และกลุ่มควบคุม

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลที่มีการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. นักศึกษาพยาบาลที่มีการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

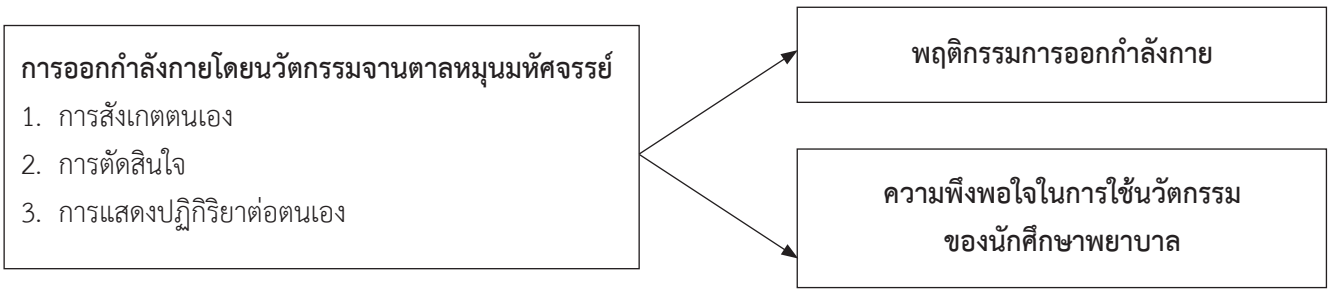
3. ระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเอง[7] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง (self-observation) มีการประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม

การออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมายเชิงบวก (goal setting) เรียนรู้และฝึกทักษะ

ในการออกกำลังกายที่ใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ ร่วมกับคู่มือการใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ในการออกกำลังกาย และมีการเตือนตนเอง (self-monitoring) โดยมีการตั้งเวลาเตือนทางโทรศัพท์มือถือ และบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายทาง google form 2) การตัดสินใจ (judgment process) โดยให้เปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) โดยการให้รางวัลตนเองเมื่อมีการออกกำลังกายได้ตามเป้าหมาย ซึ่งทั้ง 3 กระบวนการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากแนวคิดการกำกับตนเอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2564 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 373 คน

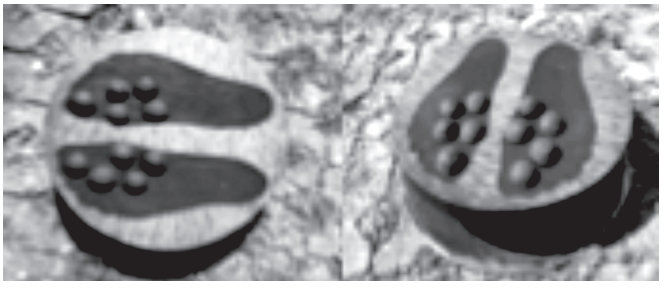
กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2564 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2564 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรม 3) สามารถติดต่อสื่อสารได้ทางแอพพลิเคชั่นไลน์บนโทรศัพท์มือถือ และ 4) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เกิดอาการบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยแต่ไม่สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำของผู้วิจัยได้ หรือมีความประสงค์ขอออกจากการวิจัย คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโปรแกรม G*Power version 3.1.9.2[11] การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบแบบทางเดียว กำหนดค่าผิดพลาดในการทดลองแบบที่ 1 (Type I errer) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง .50[12] ได้กลุ่มตัวอย่าง 102 คน เมื่อคำนึงถึงการขาดหายไปของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะเกิดขึ้นจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[13] กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 112 คน กลุ่มทดลองจำนวน 56 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 56 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มอย่างเท่าเทียมกันโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์จานตาลหมุนมหัศจรรย์ ประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเอง[10] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง (self-observation) มีการประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อธิบายถึงการออกกำลัง

กายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ ร่วมกับมีการใช้คู่มือการใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ มีการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายที่สามารถจะปฏิบัติได้โดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ และมีการเตือนตนเอง (self-monitoring) โดยมีการตั้งเวลาเตือนทางโทรศัพท์มือถือ และบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยการใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ใน google form 2) การตัดสินใจ (judgment process) โดยให้เปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) โดยการให้รางวัลตนเอง (self-reward) ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้มี

1.1 นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายที่สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ลำต้นตาลเนื่องจากเป็นพืชที่มีในท้องถิ่นของจังหวัดเพชรบุรี ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 12 นิ้ว ความหนา 2 มิลลิเมตร มีน้ำหนัก 700 กรัม นำมาขัดให้มีลักษณะทรงกลมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการกดจุดที่ฝ่าเท้า ซึ่งช่วยในการเผาผลาญในร่างกายได้ นวัตกรรมได้เพิ่มจุดนูนขึ้นมาบริเวณระหว่างนิ้วโป้งและนิ้วชี้ของนิ้วเท้า และเพื่อความสะดวกสบายในการออกกำลังกายได้กำหนดลักษณะของเท้าเป็นแบบฟรีไซต์ (40 เซนติเมตร) ประกอบด้วย แกนหมุน ทำด้วยเกลียวเหล็ก หมุนได้ 360 องศา แผ่นเหล็ก รองเป็นฐาน มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 12 นิ้ว ความหนา 2 มิลลิเมตร มีน้ำหนัก 500 กรัม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 จานตาลหมุนมหัศจรรย์

1.2 คู่มือการใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างเป็นรูปแบบแผ่นพับคู่มือ ซึ่งในคู่มือนี้จะประกอบไปด้วยเนื้อหาหลักในการออกกำลังกายด้วยนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ พร้อมทั้งมีคิวอาร์โค้ด (QR code) แสกนดูวิดีโอสาธิตการใช้งาน โดยแยกตามในแต่ละขั้นตอนของการใช้งาน และแบบบันทึก
กูเกิลฟอร์ม (google form)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดพฤติกรรม การออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ ลักษณะของตัวเลือกข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) แบบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 5 คะแนน, ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง = 3 คะแนน, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย = 1 คะแนน

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรม	7 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรม	4-6 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรม	3-5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรม	1-2 วัน/สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านมีการไม่ปฏิบัติพฤติกรรม	0 ครั้ง/สัปดาห์

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้14

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับสูงมาก
ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบสอบถามกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลครอบคลุมในด้านความสะดวกในการใช้งาน ด้านการใช้ประโยชน์ และด้านการคุ้มค่าคุ้มทุน มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีตัวเลือก 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 7 ถึง 35 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ามีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์มากและคะแนนน้อยแสดงว่ามีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์น้อย

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้13

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านกีฬา จำนวน 2 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เช่นเดียวกัน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวัด (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้เท่ากับ 0.67-1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือไปใช้ในนักศึกษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ค่าความเชื่อมั่น(Reliability) เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เอกสารหมายเลขที่ PCKCN REC 15/2565 ลงวันที่ 8 เมษายน 2565 และได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นและอันตรายที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งสิทธิของผู้ร่วมวิจัยจะบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ซึ่งการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ส่งผลกระทบใดๆ กับผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีการเก็บไว้เป็นความลับในที่ที่ปลอดภัยโดยจะมีการเปิดเผยข้อมูลในภาพรวม และเมื่อครบ 8 สัปดาห์ ให้กลุ่มควบคุมที่ยินดีจะเข้าโปรแกรมได้รับการออกกำลังกายโดยนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตไปเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

2. ผู้วิจัยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถาม ภายหลังจากการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

3. ระยะดำเนินการในกลุ่มทดลองที่ออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ประโยชน์การออกกำลังกาย การสังเกตตนเอง (Self-observation) เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ผ่านมา สาธิตการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ร่วมกับคู่มือการใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์

มีการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายที่สามารถจะปฏิบัติได้ และมีการเตือนตนเอง (Self-monitoring) โดยมีการตั้งเวลาเตือนทางโทรศัพท์มือถือบนไลน์แอฟลิเคชั่น และบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยการใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ ตามแบบบันทึกกูเกิลฟอร์ม (google form) บนไลน์แอฟลิเคชั่นกลุ่ม (The Miracle Spinning Palm Plate for exercising)

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ ที่ได้บันทึกข้อมูลมาเปรียบเทียบเป้าหมายที่วางไว้ เพื่อนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) ในการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีการให้รางวัลตนเอง (Self-reward) เมื่อทำได้บรรลุเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 4-7 ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลในกลุ่มไลน์แอฟลิเคชั่น ชื่อ “The Miracle Spinning Palm Plate for exercising” เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จจะได้มีการประกาศให้สมาชิกในกลุ่มรับทราบและได้รับความชื่มชม

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการทดลองการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ โดยมีการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล กล่าวลาและขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นให้ออกกำลังกายตามปกติหรือตามการดำเนินชีวิตตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยขอให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติเกี่ยวกับการมีการแจกแจงเป็นปกติ และมีการสุ่มมาจากประชากร

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดลอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติเกี่ยวกับการมีการแจกแจงเป็นปกติ มีความแปรปรวนทั้งสองกลุ่มเท่ากัน มีการสุ่มมาจากประชากร และประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน

4. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 และเพศชาย ร้อยละ 10.00 โดยมีอายุ 21 ปี ร้อยละ 50 มากที่สุด และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.30 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 6.70 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 และเพศชาย ร้อยละ 10.00 โดยมีอายุ 21 ปี ร้อยละ 60 มากที่สุด และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมาเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ Chi-square และ Fisher’s exact พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และการทดสอบค่าทีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่โดยใช้จานตาลมหัศจรรย์ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 56 คน)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p
	Mean	SD	Mean	SD			
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	**2.02**	**0.29**	**4.50**	**0.27**	**-47.02**	**55**	**<.01**
ด้านการเตรียมตนเองก่อนออกกำลังกาย	2.31	0.26	4.65	0.25	-29.63	55	<.01
ด้านการออกกำลังกาย	2.83	1.06	4.04	0.95	-1.97	55	<.01
ด้านการสนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกาย	2.87	0.93	3.87	0.96	-2.55	55	<.01

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่โดยใช้จานตาลมหัศจรรย์ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองภายหลังออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Mean = 4.50, SD = .27) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 2.02, SD = .29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 (t = -47.02, p <.01)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) และการทดสอบค่าทีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ได้ออกกำลังกายโดยใช้จานตาลมหัศจรรย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 112 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	t	df	p
กลุ่มทดลอง	4.50	0.27	36.97	110	<.001
กลุ่มควบคุม	1.94	0.26			

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ได้ออกกำลังกายโดยใช้จานตาลมหัศจรรย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้จานตาลมหัศจรรย์ (Mean = 4.50, SD = .27) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 1.94, SD = .26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 (t = 36.97)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล

ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจด้านการใช้ประโยชน์	**4.34**	**0.66**	**มาก**
1. นวัตกรรมนี้ช่วยให้ท่านมีพฤติกรรมการออกกำลังกายกับผู้ใช้งาน	4.26	0.69	มาก
2. นวัตกรรมนี้สามารถเป็นทางเลือกในการออกกำลังกายช่วยให้เกิดความหลากหลาย	4.33	0.66	มาก
3. นวัตกรรมนี้สามารถช่วยให้เกิดความผ่อนคลายอารมณ์ได้ เช่น ลดความหงุดหงิด เป็นต้น	4.43	0.62	มาก
ความพึงพอใจด้านความสะดวกสบาย	**4.26**	**0.73**	**มาก**
1. นวัตกรรมมีวิธีการใช้งานเหมาะสมกับผู้ใช้งาน	4.26	0.73	มาก
2. นวัตกรรมมีขนาดและน้ำหนักที่สะดวกต่อการ เคลื่อนย้าย สามารถนำไปใช้ ได้ทุกพื้นที่	4.26	0.73	มาก
ความพึงพอใจด้านความปลอดภัย	**4.31**	**0.70**	**มาก**
1. นวัตกรรมมีความปลอดภัยและไม่เกิดอันตรายต่อผู้ใช้	4.26	0.78	มาก
2. วัสดุอุปกรณ์ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้	4.36	0.61	มาก
รวม	**4.31**	**0.69**	**มาก**

จากตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่าอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.31, SD = .69) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจสูงสุดด้านการใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์เกี่ยวกับนวัตกรรมในด้านการใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.34, S.D. = .66) รองลงมาอยู่ในด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.31, S.D. = .69) และด้านที่น้อยที่สุดคือ ด้านความสะดวกสบายอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.26, S.D. = .73)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลที่มีการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และนักศึกษาพยาบาลที่มีการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลจากการที่นักศึกษาที่ได้ออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (self regulation) ตามแนวคิดของแบนดูรา[10] เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ความเข้าใจ สังเกตตนเอง เรียนรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองในการออกกำลังกาย ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย การมีฝึกทักษะในการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ มีคู่มือในการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ มีการจดบันทึกใน google form ของแต่ละคน มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ และติดตามกำกับตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการกำหนดรางวัลสำหรับตนเองเมื่อประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุขหญิงที่มีน้ำหนักเกิน พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ และค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักตัวมากกว่ากลุ่มควบคุม[15] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตนเองตามแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและการกำกับตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถในการกำกับตนเอง การดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง[16] มีการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่ามีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบริโภคน้ำตาลและพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลดีกว่ากลุ่มควบคุม[17] การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะช่วยลดอาการชาที่ฝ่าเท้าได้อย่างดี[6] และการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการนวดกดจุดที่เท้าจะช่วยลดความอ่อนล้า ลดซึมเศร้า และลดความเครียด[18]

ระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.31, S.D. = .69) ด้านที่มีความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการใช้ประโยชน์ (Mean = 4.34, S.D. = .66) ซึ่งนวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์เป็นทางเลือกในการออกกำลังกายใช้ได้ง่าย และมีคู่มือในการใช้ที่เข้าใจได้ง่าย (Mean = 4.33, S.D. = .66) ช่วยให้เกิดความหลากหลายช่วยให้เกิดความผ่อนคลายอารมณ์ได้ (Mean = 4.43, S.D. = .62) ซึ่งการออกกำลังกายในกลุ่มวัยรุ่นจะให้เหตุผลเนื่องจากว่ามีความสนุก มีประโยชน์ต่อรูปร่างร่างกายและจิตใจ[19] นอกจากนี้พบว่านวัตกรรมมีขนาดและน้ำหนักที่สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย สามารถนำไปใช้ได้ทุกพื้นที่ (Mean = 4.26, S.D. = .73) สอดคล้องกับวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ไม้พลองป้าบุญมีมาใช้ในการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตและความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องมาจากการใช้อุปกรณ์พื้นบ้านเป็นอุปกรณ์ที่คุ้นเคยและมีอยู่ในท้องถิ่น การใช้นวัตกรรมเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากเป็นอุปกรณ์พื้นบ้านของจังหวัดเพชรบุรีที่สามารถซื้อได้ง่าย และบางคนอาจสามารถทำใช้ได้เองทำให้มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด[20]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสนับสนุนให้นักศึกษา บุคลากรได้นำการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ไปใช้ในการส่งเสริมการออกกำลังกายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาล และนักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมในการออกกำลังกายใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย

3. ด้านการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดสำหรับวิจัยทางการพยาบาลในผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป โดยการส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมจานตาลหมุนมหัศจรรย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำผลจากการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการสอนผู้ป่วยในการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ และมีการศึกษาเปรียบเทียบติดตามพฤติกรรมการออกกำลังกายต่อเนื่อง 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนในพฤติกรรมการออกกำลังกาย

References

1. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, & Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet Glob Health. 2018; 6(10): e1077-86.
2. Liangruenrom N, Topothai T, Topothai, C, Suriyawongpaisan, W, Limwattananon S, Limwattananon, C, et al, Do Thai people meet recommended physical activity level?: The 2015 National health and welfare survey. Health System Research Institute. 2015; 11(2): 205-20. (in Thai)
3. Yamsri T, Toonsiri C, & Leelukkanaveera Y. Factors predicting exercise behaviors among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, The North Eastern Region Network. Journal of Nursing and Health Care.2017; 35(2): 158-68. (in Thai)
4. Uthaithum N, Pithoonsap C, Chimpalee B, & Jaree S. Factor related to exercise behavior of nurse students, Prachomklao Collage of Nursing, Phetchaburi Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2020; 3(1): 62-72. (in Thai)
5. Yodsirajinda S, Piaseu N, & Nicharojana LO. Effects of foot reflexology integrated with medical use on Hemoglobin A1c and ankle brachial index in older adults with type 2 diabetes mellitus. The Bangkok Medical Journal. 2016; 12: 21-7. (in Thai)
6. Nakonkhang E, Inprasit P, Chaisuwan K, & Ngamkham S. Effect of plantar massaging using palm-kernel shell combine with drug treatment in patients with diabetes mellitus type II. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region. 2021; 27(2): 1-14. (in Thai)
7. Kotruchin P, Imoun S, Mitsungnern T, Aountrai P, Domthaisong M, & Kario K. The effects of foot reflexology on blood pressure and heart rate: a randomized clinical trial in stage-2 hypertensive patients. Journal of Clinical Hypertension (Greenwich). 2021; 23(3): 680-6.
8. Khaosamphan P, Tipwareerom W, & Thojampa S. The effects of social support program on long - stick exercise behaviors, body mass index and blood sugar level among older adults with uncontrolled type2 diabetes mellitus, Sukhothai Province. Journal of Nursing and Health Sciences. 2018; 12(2): 140-50. (in Thai)
9. Kamnuansin S. The knowledge and culture of palm sugar making of Phetchaburi people reflected in language. Journal of Language and Culture. 2019; 38(1): 41-64. (in Thai)

10. Bandura A. Social foundation of thought and action. New Jersey: Prentice- Hall; 1986.
11. Faual F, Erdfelder E, Lang AG, & Bucher A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research-methods. 2009; 39(2): 174-91.
12. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences (2nded). Academic Pres; 1977.
13. Lemeshow S, Hosmer DH, Klar J, Lwanga SK, & World Health Organization. Adequacy of sample size in health studies. (2nd ed.) Courier International Ltd, Tiptree, Colchester; 1990.
14. Srisathit B. Research methods in nursing science. (4th edition). Bangkok: U&I Intermedia; 2007.
15. Chantawat K, Toonsiri C, & Rattanagreethakul S. Effects of self-regulation program on weight loss behavior and bodyweight among overweight female health care personnel. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2016; 24(3): 70-82. (in Thai)
16. Punyapet K, Maharachpong N, & Rodjarkpai Y. Effects of self care model pertainning to self health care and self regulation concepts for controlling blood sugar of uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients. Journal of Health and Health Management. 2022; 8(2): 105-17. (in Thai)
17. Dulyamahakamton R, Nimit-arnun N, & Roojanavech S. The effect of self- regulation-program on sugar consumption behavior and glycemic level for pregnant women with gestational diabetes mellitus women in community in Samut Sakhon Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 306-15. (in Thai)
18. Song HJ, Sonb H, Seoc HJ, Lee H, Choi SM, & Lee S. Effect of self-administered foot reflexology for symptom management in healthy persons: A systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Medicine. 2015; 23:79-89.
19. Sanasuttipun W, & Nookong A. Predictive factors for teenagers' exercise and activity behaviour. Thai Journal of Nursing Council. 2015; 30(2): 46-59. (in Thai)
20. Songwatthanayuth P, Watthanakorn K, Klainhom K, & Ratanapak R. Development of health behavior promotion program among pre-hypertension adults in Nong-Plub, Phetchaburi province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2016;32(2): 105-18. (in Thai)

การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา

Development of Health Education Program Based on Constructionism Concept and Health Belief Model for Enhancing Health Literacy on Health Quotient of Vocational Education Students

ปุณรัตน์ พิพิธกุล* รุ่งระวี สมะวรรธนะ เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์
Phunarat Phiphithkul* Rungrawee Samawattana Aimatcha Wattanaburanont
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพ ประเทศไทย 10330
Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา 2) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษา จำนวน 70 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน ทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ๆ ละ 2 คาบๆ ละ 60 นาที เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาและแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบด้วยการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย (1) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการให้ความรู้ ขั้นการเชื่อมโยงประสบการณ์ ขั้นการสร้างผลงานและสะท้อนความคิด และขั้นการนำเสนอผลงาน กิจกรรมการเรียนรู้ 8 กิจกรรม ได้แก่ หลักการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ รู้ทันผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพกับร่างกาย ทำไมถึงต้องใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลีกไกลผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่าปล่อยให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพลอยนวล และการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อดูแลตัวเอง และ (2) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้เฉพาะด้าน การจัดนิทรรศการและการแนะแนวเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ 2) ความฉลาดทางสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนอาชีวศึกษาในกลุ่มทดลองมีระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา, การเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญา, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, ความฉลาดทางสุขภาพ

Abstract

The purposes of this study were to 1) develop a Health Education Program 2) study the effectiveness of this Health Education Program. The participants purposive sampling were 70 vocational education students divided into 2 groups of 35 students, an experimental and a control group. The process of experiment took 8

Corresponding Author: *e-mail: phunarat007@hotmail.com

วันที่รับ (received) 14 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ธ.ค. 2566

weeks with 2 periods a week, and 60 minutes per period. The research instruments were health education program and health literacy questionnaire of the content validity assessed by 5 experts. The statistics used in data analysis for pretest and posttest were mean, standard deviation (S.D.) and t-test.

The results of the research were as follows: 1) The developed health education program. For learning management process, 2 components were organized (1) learning activity management in accordance with 4 steps (information sharing, connecting experiences, constructing works and reflection of learning and presenting their works) by arranging 8 learning activities including principles of using health products, risk factors from health products, health literacy from health products, health products and our body, why using health products?, get away from unhealthy products, don't let's unhealthy product into our life, and self-care of health products ; and (2) learning experience management in the areas of exhibition and guidance of health products. 2) After participating the program, health literacy mean scores of the experimental group were found significantly higher than before participating the program at the very good level and health literacy mean scores of the experimental group were also found significantly higher than the control group at .05 level.

Keyword: Development of Health Education Program, Constructionism Concept, Health Belief Model, Health Literacy

บทนำ

กลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มอายุของนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมากที่สุดและรายงานอาการไม่พึงประสงค์ของผลิตภัณฑ์สุขภาพจากการใช้ยามากที่สุด รองลงมาเป็นผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องสำอาง[1] การให้ความรู้โดยเฉพาะในเด็กอาชีวศึกษาที่มีข้อมูลว่าเป็นกลุ่มที่ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมากใช้ยามากที่สุด รองลงมาเป็นผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องสำอาง[2] ซึ่งควรเพิ่มจัดกิจกรรมให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและการเรียนรู้และนำข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไปใช้และมีทัศนคติที่ถูกต้อง การสร้างให้เกิดองค์ความรู้ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการกำหนดและแก้ปัญหาเพื่อให้มีสุขภาพดี ด้วยวิธีการแนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญา[3] ตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญา (Constructionism)[4] เป็นกระบวนการพัฒนาโครงสร้างทางปัญญาภายในของบุคคลกับสิ่งต่างๆ รอบตัวมีโอกาสได้สร้างความคิดของตนเองไปสร้างสรรค์โดยอาศัยสื่อและเทคโนโลยีที่เหมาะสมซึ่งจะทำให้เห็นความคิดที่เป็นรูปธรรม เป็นการสร้างความรู้ขึ้นในตนเอง

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) จะช่วยเพิ่มความสามารถและทักษะการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจในข้อมูลและการใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี การที่จะมีความฉลาดทางสุขภาพได้ที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้วิจัย ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ และ 3) การใช้ข้อมูลสุขภาพ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดกระบวนการในการสร้างองค์ความรู้และการตัดสินใจเพื่อที่จะนำไปเป็นต้นทุนที่สามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต โดยสามารถเริ่มได้ที่ตัวเอง ครอบครัวและชุมชน[5]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว วัยรุ่นจึงเป็นวัยสำคัญที่ควรจะได้รับส่งเสริม ปลูกฝังองค์ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยใช้องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากแนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญา[6] รวมถึงการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาร่วมประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเป็นรูปแบบของการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายโดยเน้นที่การสร้างตัวบุคคล

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์

ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา ทั้งนี้เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) โดยใช้การเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และการใช้ข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางให้โรงเรียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนพัฒนาหรือส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศของนักเรียนอาชีวศึกษา

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษาที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะอย่างไร

2. โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา มากน้อยเพียงใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนกลุ่มทดลอง สูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเอกสารและพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีแนวคิด หลักการ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขศึกษา แนวคิดและกรอบการทำงานจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งนำมาวิเคราะห์ตามนิยามของแนวทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญา 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเชื่อมโยงประสบการณ์ (Connection) ขั้นสร้างชิ้นงาน (Construction) และขั้นสื่อสาร (Communication) และตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ขั้นตอน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน การรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาและอุปสรรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยได้ขั้นตอนของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ขั้นตอนในการดำเนินการจัดการเรียนรู้ คือ 1) การให้ความรู้ 2) การเชื่อมโยงประสบการณ์ 3) การสร้างผลงานและสะท้อนความคิด และ 4) การนำเสนอผลงานการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ได้นำไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งการดำเนินการวิจัยในระยะนี้ คือ

1. การศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา

2. การจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3. การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ประเมินจำนวน 5 ท่านได้ตรวจสอบความสอดคล้องของโปรแกรมสุขศึกษา และพิจารณาความเหมาะสมของแต่ละองค์ประกอบจากแนวคิด สาระสำคัญที่นำไปใช้เป็นเนื้อหาของกระบวนการจัดกิจกรรม รวมทั้งหมด 8 แผนการจัดการเรียนรู้

ระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของการนำโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1. กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ นักเรียนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุดรธานีจำนวน 3,757 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) แผนกพาณิชยกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 70 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือก ดังนี้

1.2.1 การเลือกโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวง ศึกษาธิการ โดยเป็นโรงเรียนที่ผู้บริหารและอาจารย์ให้ความร่วมมือในการทดลองโปรแกรมสุขศึกษา

1.2.2 ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณานักเรียนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) แผนกพาณิชยกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานีซึ่งเป็นห้องเรียนที่อนุญาตให้ทำการทดลองและมีบริบทที่ใกล้เคียงกันมาก ได้มาทั้งสิ้น จำนวน 6 ห้องเรียน และใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลาก เพื่อกำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 ห้องเรียน และกลุ่มควบคุม 1 ห้องเรียน โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

1.3 วิธีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มประชากร ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้นสามารถยุติการเข้าร่วมโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้น และข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยชื่อและจะนำผลประเมินที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น โดยได้รับเอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ได้พิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2562 เลขที่โครงการวิจัย อว 0622.7/049

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนักเรียนและแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษาที่สร้างขึ้นมี 2 ส่วน ข้อคำถามอ้างอิงจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[7] คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปนักเรียน แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา เป็นข้อคำถามจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์

2.1 กำหนดกรอบการสร้างแบบวัด โดยศึกษาแนวคิดและวิธีสร้างจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพและด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ[8,9]

2.2 สร้างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 55 ข้อ นี้ พัฒนามาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thailand Health Literacy Scales) และเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป (Health Literacy Scales-Thailand-Questionnaire) ซึ่งข้อคำถามอ้างอิงจากชุดข้อมูลความรู้พื้นฐานที่สำคัญและจำเป็น (Thai Health Literacy 66)[10] มีการกำหนดโครงสร้างคุณลักษณะของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา (Test Blue Print) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ และการใช้ข้อมูลสุขภาพ โดยให้แสดงความคิดเห็นระดับความเป็นจริงต่อข้อความนั้น ใน 5 ระดับ

2.3 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความคิดเห็นในแต่ละข้อความในความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา 5 ระดับ ได้แก่

5	(มากที่สุด)	หมายถึง	เมื่อมีความคิดหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
4	(มาก)	หมายถึง	เมื่อมีความคิดหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
3	(ปานกลาง)	หมายถึง	เมื่อมีความคิดหรือความรู้สึกที่ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
2	(น้อย)	หมายถึง	เมื่อมีความคิดหรือความรู้สึกที่ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
1	(น้อยที่สุด)	หมายถึง	เมื่อมีความคิดหรือความรู้สึกที่ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

2.4 เกณฑ์การตัดสินพิจารณาระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยมีเกณฑ์มาตรฐานกำหนดคะแนนที่ได้ต่ำกว่า 60% คือ ไม่ดีพอ คะแนนช่วง 60- ต่ำกว่า 80% คือ พอใช้ได้ และ 80% ขึ้นไปคือ ดีมาก

2.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คือ

2.5.1 ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของภาษา

2.5.2 นำแบบทดสอบทดลองใช้ (Try Out) ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3) จำนวน 35 คน

2.5.3 นำผลการทดสอบมาตรวจให้คะแนนและหาค่าความเที่ยงของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยใช้วิธีการของ Cronbach Coefficient Alpha กำหนดเกณฑ์ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพจำนวน 55 ข้อ มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.5.4 นำผลการวิเคราะห์ในการหาคุณภาพเครื่องมือ ปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

3. การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

3.1 ทำความเข้าใจในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการประเมินผลกับผู้บริหารสถาบัน ครูผู้สอน และร่วมกันกำหนดตารางเวลาการจัดการเรียนรู้

3.2 การทดสอบก่อนการทดลอง (pre-test)

3.3 ดำเนินการทดลองให้กับกลุ่มทดลอง 35 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ๆ ละ 2 วันๆ ละ 1 ชั่วโมง ทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง 8 สัปดาห์

3.4 ดำเนินการหลังทดลองทำการทดสอบหลังการทดลองเป็นการวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

4.1.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของนักเรียนกลุ่มทดลองและของนักเรียนกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบค่าที (t-test Independent) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4.1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ หลังการทดลองระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลองและนักเรียนกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (t-test Independent) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4.2 สถิติที่ใช้

4.2.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานและคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ

4.2.2 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ผ่านการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยโปรแกรมสุขศึกษามีค่าดัชนีความสอดคล้องรวมเท่ากับ 0.90 เป็นโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้ทางสุขศึกษา มีความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิด วัตถุประสงค์กระบวนการจัดการเรียนรู้ และการประเมินผล โดยแนวคิด ได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญา แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา

ขั้นตอนของกระบวนการจัดการเรียนรู้ของโปรแกรมสุขศึกษา 4 ขั้นตอน คือ 1) การให้ความรู้ 2) การเชื่อมโยงประสบการณ์ 3) การสร้างผลงานและสะท้อนความคิด และ 4) การนำเสนอผลงานนำไปพัฒนาขึ้นประกอบด้วยแผนการจัดการเรียนรู้ จำนวน 8 แผน ได้แก่ 1) แผนการจัดการเรียนรู้หลักการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) แผนการจัดการเรียนรู้ปัจจัยเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3) แผนการจัดการเรียนรู้รู้ทันผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4) แผนการจัดการเรียนรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กับร่างกาย 5) แผนการจัดการเรียนรู้ทำไมถึงต้องใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6) แผนการจัดการเรียนรู้หลีกไกลผลิตภัณฑ์สุขภาพ 7) แผนการจัดการเรียนรู้อย่าปล่อยให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพลอยนวล และ 8) แผนการจัดการเรียนรู้ Self-care of health products

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา ปรากฏผลดังตารางที่ 1 และ 2 ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษาในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
		Mean	SD	Mean	SD		
ความฉลาดทางสุขภาพ	35	2.95	0.08	4.59	0.19	44.44	.00

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มของนักเรียนอาชีวศึกษาในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
		Mean	SD	Mean	SD		
ความฉลาดทางสุขภาพ ก่อนการทดลอง	35	2.95	0.08	2.91	0.14	1.44	.15
ความฉลาดทางสุขภาพ หลังการทดลอง	35	4.59	0.19	2.93	0.23	32.79	.00

*p < .05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มของนักเรียนอาชีวศึกษาในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บรรลุตามวัตถุประสงค์ คือ สร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา สอดคล้องกับแนวคิด[11] ที่ว่าการสุขศึกษาเป็นกระบวนการทางการศึกษาที่จะช่วยให้บุคคลมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงทฤษฎีและหลักการของโปรแกรมสุขศึกษา รวมทั้งต้องจัดองค์ประกอบต่างๆ ให้มีความสัมพันธ์กัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

จากแนวการจัดการเรียนรู้ที่กล่าวมานั้นจึงกำหนดขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเป็น 3 ขั้นตอน[12] คือ 1) เชื่อมโยงประสบการณ์ (Connection) ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันทบทวนความรู้เดิมเพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่ความรู้ใหม่ผู้สอนให้แนวคิดหรือความรู้ที่เป็นพื้นฐานของบทเรียน นำเข้าสู่การกำหนดประเด็นของผู้เรียน 2) สร้างชิ้นงาน (Construction) ผู้เรียนระดมสมองทำความเข้าใจปัญหา วางแผน ศึกษาจากแหล่งข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ ริเริ่ม สร้างเป็นผลงาน หรือองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นคว้าเพิ่มเติมหรือปรับความคิดและแก้ไขจนกว่าจะสามารถแก้ปัญหาได้โดยมีผู้สอนเป็น

ผู้อำนวยความสะดวกเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนคิด 3) สื่อสาร (Communication) ผู้เรียนสรุปความรู้และสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหา แล้วนำเสนอด้วยวาจาและสาธิตพร้อมกับการนำเสนออธิบายถึงกระบวนการคิด

2. ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา เห็นได้ว่าภายหลังที่นักเรียนอาชีวศึกษาของกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย เนื่องจาก 1) รูปแบบโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษาทั้ง 8 แผน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การให้ความรู้ 2) การเชื่อมโยงประสบการณ์ 3) การสร้างผลงานและสะท้อนความคิด และ 4) การนำเสนอผลงาน นั้นมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้านของความฉลาดทางสุขภาพ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ 3) การใช้ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเรียนรู้เท่าทันสื่อโฆษณาทางสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต การวิเคราะห์สื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางอินเทอร์เน็ต สื่อโฆษณากับสิทธิผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ จากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับนำข้อมูลสุขภาพนั้นไปใช้ อีกทั้งข้อมูลเนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษาที่สอดคล้องกับหมวดวิชาสมรรถนะแกนกลาง ของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพพุทธศักราช 2562 ในส่วนที่สอดคล้องกับสมรรถนะรายวิชา คือ 1) แสดงความรู้เกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต หลักการดูแลรักษาสุขภาพและการปฏิบัติตนตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2) วางแผนป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจากโรคติดต่อ สิ่งเสพติดและการใช้ยา 3) วางแผนป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพกาย คือ โปรแกรมสุขศึกษามีความสอดคล้องกับรายวิชา 2000-1601 ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อสุขภาวะ (Life Skills for Health) คือ มีพัฒนาการและทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต การดูแลสุขภาพเบื้องต้น โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ การใช้ยาและสมุนไพรไทยสิ่งเสพติดและกฎหมายที่ควรรู้ อุบัติเหตุและกฎหมายที่ควรรู้[13] และ 2) กระบวนการจัดโปรแกรมสุขศึกษาด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การตอบคำถามในการทำกิจกรรม การอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้สอนได้จัดให้นักเรียนได้รับประสบการณ์จริง ที่เป็นรูปธรรม โดยการวิเคราะห์สื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจากอินเทอร์เน็ตของจริง สรุปความรู้จากการทำกิจกรรม เพื่อพัฒนาความรู้ความตระหนักรู้และการปฏิบัติสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการพัฒนาทักษะการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ผ่านสื่อการเรียนรู้มัลติมีเดียโดยใช้หลักทฤษฎีคอนสตรัคชันนิสซึม เพื่อยกระดับสมรรถนะการเรียนรู้สำหรับการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21[14] ที่กล่าวว่าเป็นการปลูกฝังให้ผู้เรียนสามารถคิดวางแผนและทำงานอย่างเป็นระบบ ได้จนถึงฝึกทักษะการคิดสร้างสรรค์ การคิดแก้ปัญหา และยังสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุในชุมชน[15] พบว่าการจัดกิจกรรมที่มีความเป็นการช่วยกระตุ้นเตือน การรวมกลุ่มให้กำลังใจกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพสูงขึ้น

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย เห็นได้ว่าอาจเป็นผลมาจากรูปแบบการจัดการเรียนรู้โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษาซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา ได้แก่ 1) ความหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) รูปแบบประเภทของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3) หลักการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4) ประโยชน์ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 5) ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6) ผลกระทบจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ด้านบวกและลบ) 7) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 8) ผลงานที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ อีกทั้งสรุปจากเนื้อหาที่รวบรวมมาจากสถาบัน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร[5] ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการศึกษาเรื่องผลของ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแล[16] พบว่าทำให้เห็นความ แตกต่างของแนวคิดพื้นฐานความรู้ของแต่ละคน เกิดการเรียนรู้ มองเห็นถึงปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา ลดอุปสรรคของการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนด้านโภชนาการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผู้บริหารสถานศึกษาควรจัดกิจกรรมส่งเสริมโปรแกรมสุขศึกษาและสนับสนุนให้กับนักเรียนให้มีความหลากหลายทั้งกิจกรรมและครอบคลุมผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาแนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอุดมศึกษา

2.2 ควรศึกษาประสิทธิผลสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพใช้กิจกรรมในรูปแบบต่างๆ เพื่อเพิ่มเป็นทักษะชีวิตหรือใช้แก้ปัญหาในชีวิตจริง

References

1. Office of Disease Prevention and Control 8, Udon Thani Province. Report on the Operation of the Health Product safety Surveillance Center Region 8, Udon Thani Province. Udon Thani: Health Product safety Surveillance Center Region 8, Udon Thani Province. 2018. (in Thai).
2. Khampisut J. Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Students in Naresuan University. Journal of Educational Measurement Mahasarakham University. 2018; 24(1): 67-78. (in Thai).
3. Khumphisut J. Health Quotient and Health Enchancing Behavior students of Naresuan University. Journal of Educational Measurement Mahasarakham University. 2018; 24(1): 67–78. (in Thai).
4. Netrthanon S. The Process Of Enhancing Critical And Creative Thinking Skills Through Constructionism Learning Theory. Interdisciplinary Sripatum Chonburi Journal. 2020; 6(3): 20-31. (in Thai).
5. Mancuso J M. Assessment and Measurement of health literacy: An integrative review of the literature. Nursing and Health Sciences. 2009; 11(1): 77-89.
6. Druin A. & Solomon C. Designing multimedia environments for children: Computers, creativity, and kids. New York, NY: John Wiley & Sons. 1996.
7. Intarakamhang U. Health literacy: Measurement and development. Bangkok: Sukhumvit Printing Company Limited. 2017. (in Thai).
8. Kaeodumkoeng K. Health literacy access, understand and appliction. Bangkok: Amarin Book Center Co., Ltd. 2018. (in Thai).
9. Phetphum C. health behavior: concepts theories and applications. Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. 2017. (in Thai).
10. Health Education Division. Survey results : Health Literacy among youth aged 12-15 years. Bangkok: Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health. 2001. (in Thai).
11. Wayo W., et al, The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Prevention Behavior of Hypertension among Community–Dwelling Older Adults. 2023; 24(1): 43-52. (in Thai).
12. Edwards M., Wood F., Davies M., & Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. Bio Med Central Public Health. 2012; 12(1): 130-44.
13. Ministry of Education Office of the Vocational Education Commission. Vocational Certificate Program, 2019. (in Thai).

14. Samyaron W. The Development of Creative Learning Skill Through Multimedia Learning Media Using the Principles of Constructivism to Raise Learning Competencies for Developing Learning Skill in the 21st Century of Students in Elementary Schools, Phayao Provine. Journal of Education Prince of Songkhla University Pattani Campus. 2020; 31(1): 99-109. (in Thai).
15. Thienphuridej T. & Fangpong N. The Effect of the Health Promotion Program of Thin Pre-School Children on Nutritional Care Behavior among Caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 318-26. (in Thai).
16. Wattanaburanont A. Health Principles. Bangkok: Odeon Store. 2013. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่าย ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

The Effects of Social Support Program on Burnout in Caregivers of Bedridden Patients

บุษยมาส คันธมาศน์* นุชนาถ บรรทุมพร รังสิมันต์ สุนทรไชยา
Budsayamas Kantamas* Nuchanart Bunthumporn Rangsiman Soonthonchaiya
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี ประเทศไทย 12121
Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน 2. แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และค่าสถิติทดสอบค่าที พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (M = 42.47, SD = 12.23) แตกต่างจากก่อนการทดลอง (M = 63.60, SD = 12.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 17.23, p<.001) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}^1$ = 21.13, SD = 6.72) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}^2$ = 1.93, SD=3.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -16.39, p<.000) ผลการวิจัยนี้ พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลได้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงได้

คำสำคัญ : ความเหนื่อยหน่าย, โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม, ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

Abstract

The quasi-experimental research aimed at studying the effects of a social support program on the effects of social support program on burn out in caregivers of bedridden patients. The sample group was 60 caregivers of bedridden patients divided to 2 groups ; 30 people in the experimental group and 30 people in the control group. The research instruments were valid by 3 experts and a Cronbach's alpha coefficient of .87. Demographic data was analyzed using descriptive statistics. Major findings were as follows: 1.The Maslach Burnout Inventory burnout in caregivers of bedridden patients in the experimental group had difference from post-test mean scores (M = 42.47, SD = 12.23) before attending the experimental (M = 63.60, SD = 12.09)

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

วันที่รับ (received) 26 ธ.ค. 65 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 เม.ย. 66 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 เม.ย. 66

(t = 17.23, p<.001) 2. The mean scores difference between the experimental group which attended the social support program had difference from the control group which receiving routine care ($\overline{D}^1$ = 21.13, SD = 6.72) between pre and post receiving social support program ($\overline{D}^2$ = 1.93, SD = 3.78) (t = -16.39, p<.000)

The research indicated that the social support program is effectiveness reducing burn out in caregivers of bedridden patients. Thus, the social support program is one of the alternatives for health personnel to recommend caregivers of bedridden patients or other chronic patients in order to alleviate burn out syndrome and find the way to solve problems.

Keywords: Burnout, Social support program, Caregivers of Bedridden Patients

บทนำ

ผู้ป่วยติดเตียง คือ ผู้ที่มีอาการสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง จนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งในบางรายอาจจะไม่รู้สึกตัวเลย ขณะที่บางคนอาจจะขยับตัวได้บ้าง แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือได้ในบางเรื่องอย่างไม่เต็มที่[1] และจากรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขปี 2563 พบว่าในไทยมีผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 45,287 คน และในจังหวัดปทุมธานี มีผู้ป่วยติดเตียงปี 2559 จำนวน 238 คน ปี 2560 จำนวน 257 คน ปี 2561 จำนวน 367 คน ปี 2562 จำนวน 372 คน ปี 2563 จำนวน 386 คน[2] จากสถิติดังกล่าวเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นทุกปี ในผู้ป่วยที่นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ จึงต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือขณะรักษาตัว ผู้ดูแลมีหน้าที่ตั้งแต่ดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และยังช่วยป้องกันผู้ป่วยจากโรคแทรกซ้อนตามมาอีกด้วย[3] บทบาทของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยติดเตียงเป็นอย่างมาก

และสถาบันครอบครัวของไทยส่วนใหญ่เป็นสถาบันที่อาศัยเกื้อกูลกันทั้งทางสังคมและทางกายภาพ[4] สมาชิกในครอบครัวจึงมักต้องรับบทเป็นผู้ดูแล และระยะเวลาที่ยาวนาน จะส่งผลกระทบทางลบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ดูแลจะมีสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไป อาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ เหนื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ และปวดตามร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล หงุดหงิด ท้อแท้ สิ้นหวัง[5] ด้านอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย ตำหนิผู้อื่น ขาดความเห็นอกเห็นใจ[6] และด้านพฤติกรรม ส่งผลให้มีการแยกตัวจากสังคมรู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกถูกกีดกันออกจากสังคม เนื่องจากไม่มีเวลาเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเต็มที่ นอกจากนั้น ยังมีผลในเชิงค่าเสียโอกาสจากการทำหน้าที่ดูแลปรนนิบัติ โดยอาจต้องลาออกจากการทำงานหรือลาออกจากการเรียน เพื่อมาทำหน้าที่ดูแลแบบเต็มเวลา และเสียโอกาสทางการเงิน ทำให้เกิดภาวะขัดสนทางการเงิน ในผู้ดูแลที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาและภาวะที่จิตใจหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว อาจทำให้เกิดภาวะเหนื่อยหน่าย (Burnout) ในหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งเมื่อเกิดกับผู้ดูแลย่อมส่งผลไปยังผู้ป่วย โดยอาจเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย หรือทอดทิ้งได้โดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งอาการที่บ่งชี้ความเหนื่อยหน่ายประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกอ่อนล้า สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการดูแล 2) ด้านการมองข้ามคุณค่าการเป็นบุคคลของผู้ป่วย และผู้อื่น เช่น ความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย มองผู้ป่วยเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นบุคคล ซึ่งมีความรู้สึก และ 3) ด้านความไม่ประสบผลสำเร็จของผู้ดูแล เช่น การประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วย จากความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนี้ ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ[7] และปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด การขาดการสนับสนับสนุนทางสังคมที่ดี[8,9]

ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อผลกระทบจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม โดยได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร[10] เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น วัตถุ สิ่งของหรือบริการ

ต่าง ๆ กำลังใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จากบุคคลอื่นในสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีกำลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้[11] การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยติดเตียง เกิดพฤติกรรมในการดูแลที่ดี นอกจากนี้ ยังช่วยให้การรับรู้ความเหนื่อยหน่ายในการดูแลของผู้ดูแลลดลง สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการทอดทิ้งผู้ป่วยติดเตียงได้[12,13] ผู้วิจัยสนใจถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ไปช่วยเหลือในเรื่องการลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[10] เพื่อช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมดังกล่าวจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.3 คำถามการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

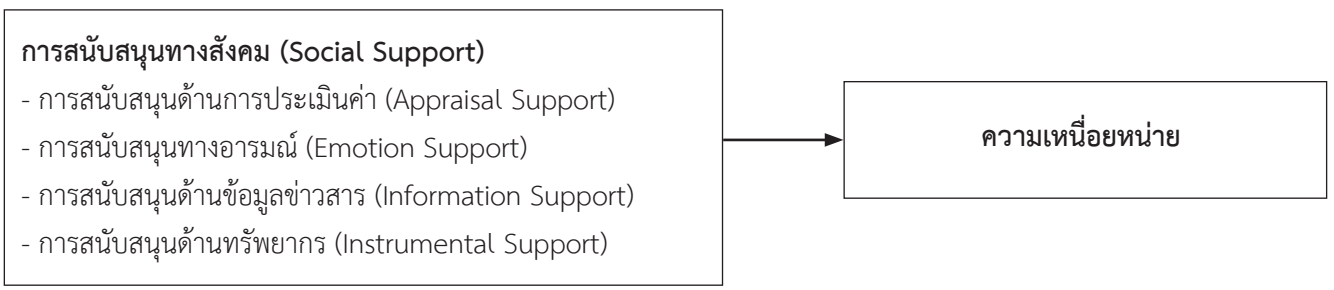
สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[10] ซึ่งมีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และเมื่อสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแล



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี อายุระหว่าง 20–59 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลัก ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และอ่านออก เขียนได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2565 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2 ได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ระดับ 0.8 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย แต่เนื่องจากป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop Out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20%[14] จำนวน 10 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน โดยการแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน แต่เนื่องจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำให้เหลือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

2. แบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมิน MBI (Maslach Burnout Inventory) เพื่อแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านตามที่ของแมสเลชและแจคสัน[15] ได้นำมาพัฒนาโดย งานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดของแก่น ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ด้าน ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้คือระดับ .80 ขึ้นไป[16]

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กระบวนการตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[10] กิจกรรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1.“แรกพบหน้า” 2. “รู้เท่าทันสำคัญไฉน” 3. “คิดดี อารมณ์ดี” 4. “รู้จักผ่อนคลายจิตใจสดชื่น” 5. “มาผ่อนคลายกันเถอะ” 6. “รับรู้และเข้าใจ” 7. “ใกล้บ้านใกล้ใจใกล้ชุมชน” 8. “ลาแล้วแก้วตา” โดยทำ 2 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง สอดคล้องชัดเจน ความเหมาะสมของการใช้ภาษาและความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้กลับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างและเข้าเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 10 คน โดยการดำเนินรูปแบบกิจกรรมครบทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา และอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการทำกิจกรรม ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ และให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการหนังสือรับรองรหัสโครงการวิจัย 038/2565 เลขที่หนังสือรับรอง COA No. 030/2565 อนุมัติวันที่ 29 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.50ปี (M = 53.50, SD = 4.23) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.63 ปี (M = 53.63, SD = 5.16) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้านอายุ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = .109, p>.05) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 86.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.70 กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.70 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานสภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.0 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานสภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในช่วงพออยู่พอกิน คิดเป็นร้อยละ 76.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในช่วงพออยู่พอกิน คิดเป็นร้อยละ 63.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในช่วง

5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าข้อมูลการจำแนกเพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) แสดงให้เห็นว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติข้อมูลส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เชื่อได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลอง เป็นผลมาจากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

ตารางที่ 4.3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 30)

คะแนนความเหนื่อยหน่าย	M	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	63.60	12.09	29	17.23	0.000
หลังทดลอง	42.47	12.23			

จากตารางที่ 4.3 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 42.47, SD = 12.23) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 63.60, SD = 12.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 17.23, p<.001)

ตารางที่ 4.5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ความเหนื่อยหน่าย	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มควบคุม (n = 30)				df	t	p-value
	M	SD	$\overline{D}^1$	SD	M	SD	$\overline{D}^2$	SD			
ก่อนทดลอง	63.60	12.08			66.16	11.55					
			21.13	6.72			1.93	3.78	45.67	-	.000
									16.39		
หลังทดลอง	42.46	12.23			68.10	11.27					

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังการทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ($\overline{D}^1$ = 21.13, SD = 6.72) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\overline{D}^2$ = 1.93, SD = 3.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -16.39, p<.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 42.47, SD = 12.23) แตกต่างกว่าก่อนการทดลอง (M = 63.60, SD = 12.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 17.23, p<.001) ตามตารางที่ 4.3 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมแล้ว จะได้รับการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของเฮ้าส์[10] ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกิดความรู้สึกมั่นใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ[17] รู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และเมื่อสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแล และมีกำลังใจและความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง โดยผ่านกิจกรรมที่ 1 “แรกพบหน้า” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่ม เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองและผู้อื่น และการได้ฝึกการประเมินค่าสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งการที่บุคคลมีการรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่มาช่วยในการแก้ไขปัญหาได้ จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้ดี ประสบความสำเร็จในการแก้ไขและจัดการกับปัญหา[18] และกิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทันสำคัญไฉน” เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตน การเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ นั้นทำให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมรับรู้และประเมินปัญหา แลกเปลี่ยนปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนได้รับความไว้วางใจ ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และเห็นคุณค่าจากผู้ดูแลซึ่งมีหัวอกเดียวกัน[19]

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่เป็นการสนับสนุนและพัฒนาทักษะทางด้านอารมณ์ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผ่านการเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียดที่ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้เกิดการบอกเล่าถึงปัญหาความทุกข์สุขของตนเอง ผ่านกิจกรรมที่ 3 “คิดดี อารมณ์ดี”เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้ที่มาของอารมณ์ที่ ทำให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจความคิดอารมณ์ และความรู้สึกของตนได้ตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการเรียนรู้ที่มาของอารมณ์จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนได้ตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจและรับผิดชอบสิ่งที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการกระทำของตน ผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยติดเตียงได้ และทำให้เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาได้ด้วยตัวเอง[20] และกิจกรรมที่ 4 “รู้จักผ่อนคลาย จิตใจสดชื่น” เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ชี้ให้เห็นถึงบทบาทผู้ดูแลในเชิงบวก มีการสนับสนุนให้กำลังใจและกระตุ้นให้มีความหวัง ซึ่งพบว่าในผู้ดูแลที่สามารถจัดการอารมณ์ตัวเองได้ ส่งผลต่อการเพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวก และมีเจตคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของ เป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายได้[21] ในกิจกรรมที่ 5 “มาผ่อนคลายกันเถอะ” กิจกรรมนี้ผู้ดูแลได้การเรียนรู้ในเรื่องความเครียด การจัดการความเครียดและทักษะในการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกสร้างจินตนาการ การฝึกสมาธิ การฝึกทักษะหายใจ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเป็นการช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดียิ่งขึ้น[18]

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information

Support) เป็นการสนับสนุนความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะ หรือให้การปรึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยผ่าน ในกิจกรรมที่6 “การรับรู้ข้อมูลดี มีชัยไปกว่าครึ่ง” เป็นการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะ หรือให้การปรึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำไปแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์นั้น จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี จะช่วยเพิ่มให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะเผชิญปัญหาและความเครียดได้มากกว่าการที่ผู้ดูแลขาดแหล่งการสนับสนุนทางสังคม[22]

การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ความรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น บุคลากร เงิน สิ่งของ หรือแรงงาน ตามความต้องการที่จำเป็นของบุคคล ผ่านกิจกรรมที่ 7 “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ใกล้ชุมชน” เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลในกลุ่มร่วมกันรับรู้และประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ได้รับ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากในกลุ่มผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายในและแหล่งประโยชน์ วิธีการขอรับความช่วยเหลือ เรียนรู้วิธีการสื่อสารขอความช่วยเหลือในชุมชน แนะนำเครือข่ายทางสังคม แหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน[23] ซึ่งการช่วยเหลือด้านทรัพยากรจะทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยได้ การได้รับข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากในกลุ่มผู้ดูแล วิธีการขอรับความช่วยเหลือ เพื่อช่วยแบ่งเบาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และกิจกรรมที่ 8

สรุปได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นการออกแบบกิจกรรมเพื่อให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหานั้นได้ และมีความรู้ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สามารถจัดการอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้ และจัดการกับความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ ช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย[24] ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ 1) อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) การมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และ 3) ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และจากการที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรจัดให้มีการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับสำหรับผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่ ให้สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามความเหนื่อยหน่ายในผู้แลในระยะยาว 3 เดือน 6 เพื่อประเมินประสิทธิผล และความยั่งยืนในประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

References

1. Nakkul N., The Development of a Care Model for Home-bound and Bed-bound Chronically ill Patients in Suratthani Municipality. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018; 23(2): 36-50. (in Thai).
2. Department of Empowerment of Persons with disabilities. Disability Information in Thailand. Ministry of Social development and Human Society. 2021. (in Thai).
3. Boonvas K., Supanun t T., Chunhabordeeand A., Wae N., Caregiver Stress and Needs in Caring Disabled. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(1): 205-16. (in Thai).
4. National Health Security Office. Research plan for developing life quality of elderly People. Bangkok. National Health Security Office. 2015. (in Thai).

5. Bevans M F Sternberg E M. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. The Journal of the American Medical Association. 2012; 307(4): 398-403.
6. Rosenfarb I S., Bellack A S., & Aziz N A sociocultural stress, appraisal and coping model of subjective burden and family attitudes toward patients with schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 2006; 115(1): 157-65.
7. Brazil K, Bedard M, Willison K. Bereavement adjustment and support among caregivers. Journal of Mental Health and Aging. 2003; (9): 193-204.
8. Sritawan K, Selected Factors Related to Burnout in Caregivers of Persons With Schizophrenia In Community. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University, 2016. (in Thai)
9. Sritawan K, Upasen R. Selected Factors Related to Burnout In Caregivers of Persons With Schizophrenia in Community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18: 308-14. (in Thai)
10. House J S. Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
11. Chantarasin A. Social Support of Caregiving Patients With Stroke A Case Study of Nakonnayok Hospital. [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2017. (in Thai)
12. Luvira V. Health Care for Caregivers of Patients with Terminal Illness. Srinagarind Medical Journal. 2013; 28(2): 266-70. (in Thai)
13. Sansamak R Sasat S. The Effect of Public Mind Social Support Program on Loneliness in Older Persons Resided in Public Welfare Home for The Aged. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18: 251-60. (in Thai)
14. Grove S K., Burns, N., & Gray, J. R. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (7th ed). St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2013.
15. Maslach C. & Jackson S E. The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Organization Behavior. 1981; 2: 99-113.
16. Srisatidnarakul B. The methodolody in nursing research (5th edition). Bangkok: U & I INTER MEDIA CO., LTD. 2010. (in Thai).
17. Hanzawa S., Bae J K., Tanaka I., Bae Y J., Tanaka G., Inadomi H. et al. Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2010; 64(4): 377 - 86.
18. Sinthusopa W. The Effect of Group Social Support Program on Quality of Life in Persons with Schizophrenia's Caregivers. [dissertation] Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
19. Chanta M., Sumattana G., Howharn. C. A Participatory Model of Behavioral Health Promotion for People with Physical Disabilities in Nuangbuor Sub – District, Srikhoraphum District, Surin Province. Primary Health Care Division Journal. 2011; 7(1): 48-56. (in Thai).
20. Wongupparaj R., Wonguppara P. A Comparative Study of Social and Emotional Leaning of Undergraduates Between Public and Private Universyties. Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University. 2012; 6(12): 7-24. (in Thai).
21. Jaijina O. The Influence of Personal Factors and Social Support on Job Burnout of Mental Health and Psychiatry Personnrlin Health Service Network 3. [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University. 2013. (in Thai).
22. Tanataveesaku A. Quality of Life and Social Support Need of Caregivers of End-Stage Cancer Patients. [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2013. (in Thai).
23. Fumaneeshoat O. Home Visit and Palliative Care. Songklanagarind Medical Journal. 2017; 35(4): 399-406. (in Thai).
24. Maslach C., & Jackson S E. Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. New York : Consulting Psychologists; 1986.

อิทธิพลของอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล ต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด

The Influence of Age, Body Mass Index, Gestational Weight Gain, Parity, Oxytocin Dosage, Receiving Pain Medications, and Anxiety on The Duration of Labor in Parturient Women at Term

ศศิปรียา ไชโย ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง* วรรณา พาหุวัฒนกร
Sasipriya Chaiyo Piyanun Limruangrong* Wanna Phahuwatanakorn
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด ที่คลอดปกติทางช่องคลอด จำนวน 127 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 เฉลี่ย 557.04 นาที ระยะที่ 2 เฉลี่ย 19.26 นาที และรวมทั้ง 2 ระยะ เฉลี่ย 575.81 นาที โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ลำดับการคลอด (β = -.22, p = .013) ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน (β = -.24, p = .005) และความวิตกกังวล (β = .37, p < .001) สามารถอธิบายความผันแปรของระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดได้ ร้อยละ 25.30 (R^2 = .253, F = 5.765, p< .001)

คำสำคัญ : ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน, การได้รับยาบรรเทาปวด, ความวิตกกังวล, ระยะเวลาของการคลอด, ผู้คลอดครบกำหนด

Abstract

This study examined the influence of age, body mass index, gestational weight gain, parity, oxytocin dosage, receiving pain medications, and anxiety over duration of labor in parturient women at term. The sample was 127 parturient women with natural birth. Data were collected by using a demographic data questionnaire and an anxiety during labor questionnaire. Data were analyzed with descriptive statistics and multiple regression analysis.

Corresponding Author : * E-mail: piyanun.lim@mahidol.ac.th

วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 19 มี.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 เม.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 เม.ย. 2565

According to the findings, the sample had a mean duration of labor of 557.04 minutes in Stage 1 of labor and 19.26 minutes in Stage 2 of labor, a mean of 575.81 minutes in both stages of labor. The factors with influence over duration of labor among parturient women with statistical significance consisted of parity (ß = -.22, p = .013), oxytocin dosage (ß = -.24, p = .005), and anxiety (ß = .37, p < .001). The factors were able to explain duration of labor among parturient women at 25.30 percent (R^2 = .253, F = 5.765, p< .001).

Keywords: Oxytocin dosage, Receiving pain medications, Anxiety, Duration of labor, Parturient women at term

บทนำ

การคลอด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อขับ ทารก รก เยื่อหุ้มทารก และน้ำคร่ำผ่านช่องทางคลอดออกสู่ภายนอก ระยะของการคลอดเป็นระยะที่มีความสำคัญทั้งต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤติที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยระยะที่ 1 คือ เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมดประมาณ 10 เซนติเมตร ครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 18 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 12 ชั่วโมง สำหรับระยะที่ 2 เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดประมาณ 10 เซนติเมตร จนถึงทารกคลอดทั้งตัว ใช้เวลาประมาณ 50 นาทีในครรภ์แรก แต่ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 20 นาทีแต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง[1,2] ในกรณีที่ผู้คลอดมีระยะเวลาของการคลอดยาวนานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายทั้งต่อตัวผู้คลอดและทารกในครรภ์ สำหรับผู้คลอดจะพบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกล้ามีการหดรัดตัวไม่ดีส่งผลให้มีการใช้หัตถการในการช่วยคลอด ซึ่งอาจทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอด การตกเลือดหลังคลอด การบาดเจ็บติดเชื้อของช่องทางคลอด[3,4] และสำหรับทารกในครรภ์จะพบภาวะพร่องออกซิเจน[5] ติดเชื้อในกระแสเลือด[6] เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาของการคลอดที่ยาวนานยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้คลอด ทำให้เกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวล ไม่มั่นใจว่าจะเผชิญกับการคลอดได้และผู้คลอดที่มีระยะเจ็บครรภ์คลอดที่ยาวนานนี้ต้องทนต่อความเจ็บปวด ทำให้ความสามารถในการทนต่อกระบวนการคลอดลดลง[3] เกิดประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี นำไปสู่ปัญหาการปรับบทบาทการเป็นมารดา และการคลอดในครั้งต่อไป[7] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดสามารถจำแนกได้ 5 ปัจจัย[8] คือ 1) แรงผลักดันในการคลอด (power) 2) ช่องทางคลอด (passage) 3) สิ่งที่ขับออกมา (passenger) 4) ท่าของผู้คลอด (position of mother) และ 5) ภาวะจิตใจ (psychological)

ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่จะนำมาศึกษาที่สอดคล้องกับแต่ละปัจจัย ดังนี้ **1) ปัจจัยด้านแรงผลักดันในการคลอด** ได้แก่ *ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน* ซึ่งจะส่งเสริมให้การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกมีความเหมาะสมทั้งระยะเวลา ความถี่ และความแรงส่งผลให้ปากมดลูกเกิดการบางและเปิดขยายและส่วนนำเกิดการเคลื่อนต่ำลง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการกระตุ้นคลอดด้วยยาออกซิโตซินขนาดสูงมีระยะเวลาของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ได้รับการกระตุ้นคลอดด้วยยาออกซิโตซินขนาดต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .021)[9] **2) ปัจจัยด้านช่องทางคลอด** ได้แก่ *อายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด* โดยพบว่าผู้คลอดที่อายุน้อยกว่า 18 ปี กระดูกเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะส่วนนำและเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน หรือผู้คลอดที่มีอายุมากกว่า 35 ปี พื้นเชิงกรานจะยืดขยายได้น้อยทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงช้าส่งผลให้การคลอดยาวนานกว่าปกติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอายุของผู้คลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .02)[5] ดัชนีมวลกาย พบว่าผู้คลอดที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์สูงจะส่งผลให้ช่องทางคลอดของผู้คลอดมีขนาดเล็กลงเนื่องจากมีเนื้อเยื่อไขมันสะสมบริเวณช่องทางคลอดเป็นจำนวนมาก กระบวนการคลอดอาจเกิดการติดขัดนำมาสู่ระยะเวลาของการคลอดที่ยาวนานขึ้นได้[3,10] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 จะยาวนานขึ้นเมื่อดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .02)[11] ส่วนน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาของการคลอดทั้งในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001 และ p <.05) ตามลำดับ[11] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้คลอดครรภ์หลังที่เคยผ่านการคลอดความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อช่องทางคลอด จะขยายได้มากกว่าและเร็ว

กว่าทำให้ระยะเวลาการคลอดเร็วกว่าผู้คลอดครรภ์แรก[2,13] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกยาวนานกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) [14] **3) ปัจจัยด้านภาวะจิตใจ** ซึ่งได้แก่ *การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล* จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลและความเจ็บปวดที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ระดับ cortisol, adrenaline และ catecholamine ในพลาสมาของผู้คลอดเพิ่มสูงขึ้นทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง การบาง การเปิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกจึงช้าลง[15,16] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่าผู้คลอดที่ได้รับยา Pethidine ทางกล้ามเนื้อ มีระยะเวลาของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ได้รับ normal saline ทางหลอดเลือดดำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .038$)[17] ความวิตกกังวล พบว่าผู้คลอดที่มีภาวะเครียดร่วมกับความวิตกกังวลที่สูงจะทำให้เกิดการคลอดที่ยาวนานถึงร้อยละ 40.90[19] ของการคลอดได้ สำหรับปัจจัยด้านสิ่งที่ขับออกมา ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าขนาดของทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของผู้คลอด[12] และปัจจัยด้านท่าของผู้คลอด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำปัจจัยด้านนี้มาศึกษาเนื่องจากสถานที่เก็บข้อมูลทั้ง 2 โรงพยาบาลมีการจัดท่าคลอดที่ไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาปัจจัยในด้านน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน และการได้รับยาบรรเทาปวดต่อระยะเวลาของการคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของปัจจัยได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวลต่อระยะเวลาของการคลอดในกลุ่มผู้คลอดครบกำหนด ทั้งนี้เนื่องจาก อายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด เป็นปัจจัยที่สามารถนำมาคัดกรองความเสี่ยงทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดได้ด้วยบทบาทของพยาบาล สำหรับปัจจัยด้านปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่สามารถนำมาบริหารจัดการให้การดูแลได้ในระยะคลอด สามารถนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดครบกำหนดให้มีระยะเวลาการคลอดที่เหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการที่มีระยะเวลาของการคลอดที่ยาวนาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด

คำถามการวิจัย

อายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง ด้านสรีระวิทยา (Physiological) และด้านภาวะจิตใจ (Psychological) ที่มีผลต่อระยะเวลาการคลอด ซึ่งมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการคลอด 5 ปัจจัย (5 Ps) ได้แก่ แรงผลักดันในการคลอด ช่องทางคลอด สิ่งที่ขับออกมา ท่าของผู้คลอดและภาวะจิตใจ[1,7] จากปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาของการคลอดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่จะนำมาศึกษาที่สอดคล้องกับแต่ละปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยด้านแรงผลักดันในการคลอด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน ปัจจัยด้านช่องทางคลอด ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด และปัจจัยด้านภาวะจิตใจ ซึ่งได้แก่ การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาของการคลอดทั้งในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ก็คือปัจจัยที่ส่งผลต่อการบาง การเปิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารก

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยประชากรคือผู้คลอดครบกำหนดที่คลอดปกติทางช่องคลอด

และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครบกำหนด อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี เคยได้รับการกระตุ้นคลอดด้วยยาออกซิโตซินในระยะคลอด ตั้งครรภ์เดี่ยว ทารกคลอดในท่าปกติ สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ที่มาคลอดและพักฟื้นในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และโรงพยาบาลตากสิน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่า effect size จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน[15,20] ซึ่งมีค่า r ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม 2 ตัวแปร คือ อายุ (r = .159) และดัชนีมวลกาย (r = .299) คำนวณค่า Effect size = 0.1295376 กำหนดหลักเกณฑ์อำนาจการทดสอบให้มีระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80 เปอร์เซ็นต์ มีจำนวน 7 ตัวแปร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 118 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 130 ราย แต่เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ทำการตัด outlier กลุ่มตัวอย่างออกไปจำนวน 3 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 127 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเติมข้อความและเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย อายุ ลำดับการคลอด น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักขณะคลอด ส่วนสูง อายุครรภ์เวลาที่เริ่มเจ็บครรภ์จริง เวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก เวลาที่เริ่มเบ่งคลอด เวลาที่ทารกคลอด ระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ น้ำหนักทารกแรกเกิด Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ของทารกแรกเกิด ชนิดวิธีการบรรเทาปวดที่ใช้ในขณะเจ็บครรภ์คลอด ขนาดของยาบรรเทาปวดและเวลาที่ได้รับ การได้รับยาออกซิโตซินเพื่อกระตุ้นคลอด ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกรายงานการคลอดโดยผู้วิจัย

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด[25] ซึ่งมีจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 11 ข้อ และคำถามทางลบจำนวน 11 ข้อ แบบสอบถามนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย) จนถึง 4 (ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด) แปลผลโดยคิดคะแนนรวมในแต่ละข้อโดยคะแนนรวมจะมีค่าเท่ากับ 22-88 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้คลอดมีความวิตกกังวลมาก และคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้คลอดมีความวิตกกังวลน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบความสอดคล้องภายในกับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 10 ราย เพื่อนำมาคำนวณค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86 ซึ่งผลการทดสอบคุณภาพความเที่ยงของเครื่องมือได้ผลการทดสอบตามมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 14 เมษายน 2563 รหัสโครงการ เลขที่ IRB-NS 2020/14.2802 COA No. IRB-NS 2020/560.1404 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช วันที่ 18 มิถุนายน 2563 รหัสโครงการ เลขที่ 050/63 COA No. 065/2563 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร วันที่ 19 สิงหาคม 2563 รหัสโครงการ U010h/63 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย และสิทธิของผู้ร่วมวิจัย ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจปราศจากการบีบบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ รวมถึงรักษาความลับของข้อมูลและความปลอดภัยของผู้ร่วมวิจัย โดยการเผยแพร่ข้อมูลจัดกระทำในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด จากแฟ้มประวัติ และตามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาต

เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามพร้อมแจกแบบสอบถามดังกล่าวให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดจากแฟ้มประวัติและบันทึกรายงานการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และข้อมูลการคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. อายุ และความวิตกกังวล เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด เป็นตัวแปรกลุ่ม (categorical variable) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์อายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวล ต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression แบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุน้อยสุด 18 ปี อายุมากที่สุด 43 ปี ($\bar{X}$ = 27.98, SD = 6.05) เป็นผู้คลอดครรภ์แรกจำนวน 56 ราย (ร้อยละ 44.10) และเป็นผู้คลอดครรภ์หลังจำนวน 71 ราย (ร้อยละ 55.90) มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ต่ำสุดที่ 14.30 กก/ม^2 ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์สูงสุดที่ 36.กก/ม^2 ($\bar{X}$ = 22.99 , SD = 4.22) ร้อยละ 69.30 ของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์และอยู่ในเกณฑ์ปกติ สำหรับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 3.40 - 25.00 กิโลกรัม ($\bar{X}$ = 13.26, SD = 5.01) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์และปกติ (ร้อยละ 68.50) ปริมาณยาออกซิโตซินที่ได้รับเริ่มให้ยาระหว่างอัตรา 0.5-6 มิลลิยูนิต/นาที ($\bar{X}$ = 2.92, SD = 1.29) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ (91.30) ได้รับยาออกซิโตซินขนาดต่ำ พบได้รับในขนาดสูงเพียงร้อยละ 8.70 การได้รับยาบรรเทาปวดพบว่าร้อยละ 85.80 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับยาบรรเทาปวด มีเพียงร้อยละ 14.20 ที่ได้รับยาบรรเทาปวด กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.67 สัปดาห์ (SD = 0.94) น้ำหนักของทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ย 3,077.60 กรัม (SD = 369.99) สำหรับระยะเวลาของการคลอดกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 เฉลี่ย 557.04 นาที ระยะที่ 2 เฉลี่ย 19.26 นาที และรวมทั้ง 2 ระยะ เฉลี่ย 575.81 นาที กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอดอยู่ระหว่าง 33-70 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.91 คะแนน (SD = 7.86)

ตาราง การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด (n = 127)

ตัวแปรต้น	B	SE	Beta	t	Sig
ค่าคงที่	74.56	191.54		.39	.698
อายุ	4.91	3.84	.11	1.28	.203
ดัชนีมวลกาย					
ต่ำกว่าเกณฑ์และปกติ	Ref				
เกินเกณฑ์และอ้วน	-16.09	48.93	-.03	-.33	.743
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์					
น้อยกว่าเกณฑ์และตามเกณฑ์	Ref				
มากกว่าเกณฑ์	2.65	50.12	.01	.05	.958
ลำดับการคลอด					
ครรภ์แรก	Ref				
ครรภ์หลัง	-116.63	46.34	-.22	-2.52	.013
ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน					
ขนาดต่ำ	Ref				
ขนาดสูง	-228.24	79.36	-.24	-2.88	.005
การได้รับยาบรรเทาปวด					
ได้รับยาบรรเทาปวด	Ref				
ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด	-113.89	67.30	-.15	-1.69	.093
ความวิตกกังวล	12.54	3.16	.37	3.97	<.001

$R = .503$, $R^2 = .253$, $F = 5.765$, $p < .001$

จากตารางผลการวิเคราะห์อิทธิพลของอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน การได้รับยาบรรเทาปวด และความวิตกกังวลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด พบว่าตัวแปรทั้ง 7 ตัว สามารถอธิบายความผันแปรของระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดได้ร้อยละ 25.30 ($R^2 = .253$, $F = 5.765$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ลำดับการคลอด ($\beta = -.22$, $p = .013$) ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน ($\beta = -.24$, $p = .005$) และความวิตกกังวล ($\beta = .37$, $p < .001$) ส่วนตัวแปรอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาบรรเทาปวด มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ[1,2] โดยระยะที่ 1 ใช้เวลาเฉลี่ย 557.04 นาที ระยะที่ 2 เฉลี่ย 19.26 นาที และรวมทั้ง 2 ระยะเฉลี่ย 575.81 นาที ปัจจัยที่ศึกษาทั้ง 7 ปัจจัย สามารถอธิบายความผันแปรของระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดได้ ร้อยละ 25.30 ($R^2 = .253$, $F = 5.765$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ลำดับการคลอด ปริมาณการให้ยาออกซิโตซิน และความวิตกกังวล ส่วนอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาบรรเทาปวด มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ลำดับการคลอดมีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .013$) กล่าวคือระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดครรภ์หลัง

จะลดลง 116.63 นาที เมื่อเปรียบเทียบกับผู้คลอดครบกำหนดครรภ์แรก เนื่องจากการผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดมีผลต่อความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อช่องทางคลอด ซึ่งในสตรีที่เคยผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดมาก่อนเนื้อเยื่อปากมดลูกและพื้นเชิงกรานจะขยายได้มากกว่าและเร็วกว่าทำให้ระยะเวลาการคลอดเร็วกว่าผู้คลอดครรภ์แรก[2] อีกทั้งผู้คลอดครรภ์หลังเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดมาก่อนทำให้ความเครียด และความวิตกกังวลต่างๆ ในระยะคลอดลดน้อยลง[21] การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกจึงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระยะเวลาของการคลอดดำเนินไปอย่างปกติไม่ล่าช้ายาวนาน[12]

ปริมาณการให้ยาออกซิโตซินมีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .005) โดยการให้ยาในขนาดสูง (ยาออกซิโตซิน 10 ยูนิต ผสม ใน normal saline 1,000 มิลลิลิตร เริ่มให้ยาที่อัตรา 4-6 mU/min หรือ 24-36 ml/hr) จะทำให้ระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดลดลง 228.24 นาที เมื่อเปรียบเทียบกับการให้ยาในขนาดต่ำ (ยาออกซิโตซิน 10 ยูนิต ผสม ใน normal saline 1,000 มิลลิลิตร เริ่มให้ยาที่อัตรา < 4 mU/min หรือ < 24 ml/hr) สามารถอธิบายได้ว่า การให้ยาออกซิโตซิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนสังเคราะห์เข้าไปทำงานเสริมในปริมาณที่เหมาะสมในระยะเจ็บครรภ์คลอดจะส่งผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบของมดลูกและหลอดเลือดทำให้การหดรัดตัวของมดลูกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปากมดลูกจึงบางและเปิดขยาย ศีรษะของทารกจึงเกิดการเคลื่อนต่ำลงสู่ช่องคลอด ส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด[2,3,22]

ความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) โดยพบว่าความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ส่งผลให้ระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดเพิ่มขึ้น 12.54 นาที เนื่องจากผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลสูงเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดความกลัว ความวิตกกังวล และความเจ็บปวด ที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นวงจร[23] และจะส่งผลให้ระดับ cortisol, adrenaline และ catecholamine ในพลาสมาเพิ่มสูงขึ้นทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกลดลงและส่งผลให้การคลอดยาวนานขึ้น[12]

อายุ มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .288) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.20) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่เหมาะสมกับการคลอดส่งผลให้ปัจจัยในด้านแรงผลักดันในการคลอด และช่องทางคลอดไม่แตกต่างกัน จึงทำให้อายุไม่มีผลต่อระยะเวลาของการคลอด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา[15] เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.20) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี เพียงร้อยละ 6.30 และ 20.50 ตามลำดับ ทำให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะความเป็นเอกพันธ์ จึงมีความผันแปรของข้อมูลน้อย ส่งผลต่อการวิเคราะห์อิทธิพลของอายุต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง

ดัชนีมวลกายมีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .743) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา[11] เนื่องจากลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.30) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์และปกติ (<18.50-24.90 กก/ม^2) ในขณะที่ผู้คลอดที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินและอ้วน (≥ 25.00 กก/ม^2) มีเพียงร้อยละ 30.70 ทำให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะของความเป็นเอกพันธ์ จึงมีความผันแปรของข้อมูลลดลง ส่งผลต่อการวิเคราะห์อิทธิพลของดัชนีมวลกายต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .958) สามารถอธิบายได้จากลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.30) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์และอยู่ในเกณฑ์ปกติ สำหรับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่น้อยกว่าเกณฑ์และปกติ (ร้อยละ 68.50) โดยมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 13.26 กิโลกรัม (SD = 5.01) ถือว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ ส่งผลให้ช่องทางคลอดมีขนาดเหมาะสม และทารกที่คลอดออกมามีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติสูงถึงร้อยละ 93.70 จึงทำให้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการคลอดทำให้ระยะเวลาของการคลอดทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เป็นไปอย่างเหมาะสม ไม่ล่าช้ายาวนาน

การได้รับยาบรรเทาปวดมีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .093) เนื่องจากการบรรเทาความปวดในระยะ

คลอดมีทั้งโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยเชื่อว่าการได้รับการบรรเทาความปวดทั้งสองวิธีนี้จะช่วยลดระดับของ cortisol, adrenaline และ catecholamine ในพลาสมา ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดเกิดขึ้นอย่างเหมาะสมไม่ล่าช้ายาวนาน[18] สำหรับการศึกษาในครั้งนี้จากลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการบรรเทาความปวดในระยะคลอดทั้งโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.74 ที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวดมีวิธีการบรรเทาปวดในระยะคลอดโดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง ร่วมกับการนวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการนวดและผู้คลอดที่ได้รับยา pethidine 50 มิลลิกรัม เพื่อบรรเทาปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วทางกล้ามเนื้อมีระยะเวลาของการคลอดทั้งในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ไม่แตกต่างกัน (p = .086 และ .295) ตามลำดับ[24]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. พยาบาลควรมีการคัดกรองความเสี่ยงในเรื่องของการคลอดยาวนานตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรกที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด ควรได้รับการประเมินความวิตกกังวลและเตรียมความพร้อมให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดจริง และควรมีการพยาบาลสำหรับลดความวิตกกังวลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดมีระยะเวลาของการคลอดที่เหมาะสมลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีระยะเวลาของการคลอดยาวนาน

2. เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดควรมีการบริหารยาออกซิโตซินให้ได้ในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้มดลูกมีการหดรัดตัวอย่างมีประสิทธิภาพทั้งความถี่ ระยะเวลา และความแรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยซ้ำโดยทำในลักษณะของ Case-control study ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาของการคลอดในผู้คลอดครบกำหนดในรูปแบบของการวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง ในเรื่องของการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในระยะคลอด โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรกและมีความวิตกกังวล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติเพื่อดูแลผู้คลอดให้มีระยะเวลาของการคลอดที่เหมาะสม และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของระยะเวลาการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างการบรรเทาความปวดในระยะคลอดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา

References

1. Sansiripan N, Prisanyakun S, editors. Maternity nursing. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015. (in Thai)
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS, editors. Williams obstetrics. 25th ed. United state of America: McGraw- Hill Education; 2018.
3. Bogaerts A, Witters I, Van den Bergh RB, Jans G, Devlieger R. Obesity in pregnancy: altered onset and progession of labour. Midwifery. 2013;29(12):1303-13.
4. Crequit S, Korb D, Schmitz T, Morin C, Sibony O. Impact of maternal age on intrapartum caesarean delivery rate in nulliparas with spontaneous labour. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. 2019;48(6):407-11.
5. Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. Obstetrics & Gynecology. 2014;124(1): 57-67.
6. Manuch M, Phumonsakul S, Khanobdee C. The relationship between receiving pain medication, sense of control, perceived nurse support, and comfort during labor of first-time mothers. The -Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(special issue). S46-S60. (in Thai)
7. Lowdermilk DL. Evolve resources for maternity nursing. 8thed. Lowdermilk DL, Perry S, Cashion MC, editors. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 2017.

8. Selin L, Wennerholm UB, Jonsson M, Dencker A, Wallin G, Wiberg-Itzel E. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial. Women and Birth. 2019;32(4):356-63.
9. Hong YC, Paek US. Factors prolonging the duration of the second stage of labor. Journal of Medical Society. 2018;32(2):128-34.
10. Zhou L, Yang HX, Zhao RF, Zhang WY. Association of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with labor stage. Chinese Medical Journal. 2019;132(4):483-7.
11. Yeşilçiçek Çalik K, Korkmaz Yildiz N, Erkaya R. Effects of gestational weight gain and body mass-index on obstetric outcome. Saudi Journal of Biological Sciences. 2018;25(6): 1085-89.
12. Madhavanprabhakaran GK, Kumar KA, Ramasubramaniam S, Akintola AA. Effects of pregnancy related anxiety on labor outcomes: a prospective cohort study. Journal of Research in Nursing and Midwifery. 2013;2(7):96-103.
13. Sukontrakoon P. Progression of labour: the midwifery roles. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(2):1-6. (in Thai)
14. Chen C, Xu X, Yan Y. Estimated global overweight and obesity burden in pregnant women based on panel data model. plos one. 2018;13(8):1-14.
15. Noemí RM, Paula RB, Yolanda RL, Eva María PF, Ana Isabel CC. Influence of body mass index on gestation and delivery in nulliparous women: a cohort study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(11):1-8.
16. Poonperm M. Warm compression for pain relief during first stage of Labor. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):23-7. (in Thai)
17. Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Fathollahi E. The effects of Pethidine on the duration of active labor in nulliparous women. Journal of Basic Research in Medical Sciences. 2014;1(3):60-4.
18. El-Refaie TA, El-Said MM, Shoukry AA, Khafagy SM, El-Din AS, Badawy MM. Meperidine for uterine dystocia and its effect on duration of labor and neonatal acid-base status: a randomized clinical trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2012(2):383-9.
19. Amidu N, Alhassan M, Issah H, Yakong VN, Yahaya W, Adamsand Y, et al. Percieved stress and anxiety in women during labor: A case of Tamale west hospital, Tamale, Ghana. Asian Journal of Medicine and Health. 2018;11(2): 1-10.
20. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Malinow AM, Weiner CP. Intrauterine pressure during the second stage of labor in obese women. 2004; 103(2):225-30.
21. Wongsaros W, Phumonsakul S, Theerakulchai J. The predictability of age, body mass index, anxiety, nurse's labour support, self control on duration of labour of women in labour. Journal of The Police Nurses. 2019;11(2): 396-406. (in Thai)
22. Carlhäll S. Maternal obesity, duration of labor and the role of leptin. Sweden, Europe: Linköpings universitet, Avdelningen för barns och kvinnors hälsa Linköpings universitet, Medicinska fakulteten Linköping; 2018.
23. Dick-Read G. Childbirth without fear. New York: Harpor & Row; 1984.
24. Sereshti M, Asefi F, Shabanian M, Banaeian S. Comparing the effects of massage and intramuscular pethidine on pain relief in the stages of labor and the length of labor. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013;16(80):6-16.
25. Baosoung C. The effects of planned instruction and touching on anxiety level and coping behavior during labor (Master of science, nursing). Nakhon Pathom: Mahidol University; 1983. (in Thai)

การพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยพื้นที่จังหวัดนครปฐม

A Development of a Mental Health Counseling System for Preventing Depression Among University Students in the Nakhon Pathom Province

วริยา จันทร์ขำ เรียม นมรักษ์* หทัยชนก บัวเจริญ ดารินทร์ โพธิ์ตั้งธรรม
Wariya Chankham Riam Namarak* Hathaichanok Buajaroen Darin Photangtham
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม ประเทศไทย 73000
Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัย ดำเนินการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาโดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากนักศึกษาจำนวน 429 คน เลือกแบบจำเพาะเจาะจงแพทย์และพยาบาลจำนวน 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 1) การประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้า 2) การให้การปรึกษานักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล 3) กิจกรรมเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้า การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต 4) ระบบติดตามในกลุ่มเสี่ยง นักศึกษาจำนวน 41 คนที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางหลังเข้ารับบริการมีคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 24.61) คะแนนความภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษาช่วยให้เข้าถึงการดูแลที่เหมาะสม ความมีคุณค่าแห่งตนเพิ่มขึ้น สถานศึกษาควรจัดให้มีระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา การประเมินคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิต แก่กลุ่มนักศึกษาที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

คำสำคัญ: ระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิต, นักศึกษา, ภาวะซึมเศร้า, ความมีคุณค่าแห่งตน

Abstract

This research and development project aimed to develop a mental health counseling system to prevent depression among university students. Develop a counseling system using a participatory process. Data was collected using a depression assessment questionnaire and semi-structured interviews, a simple random sample was drawn from 429 students, specifically selecting 5 doctors and nurses. The data were analyzed using descriptive statistics, mean, standard deviation, and percentage, and comparative content analysis. The research findings revealed that the mental health counseling system for individuals with depression includes the following components: 1) Screening assessment for the At-risk group with depression. 2) Providing counseling

Corresponding Author*: riam@webmail.npru.ac.th

วันที่รับ (received) 20 ต.ค. 2566วันที่แก้ไข (revised) 17 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ธ.ค. 2566

services for students with depression, and referring them for hospital treatment when necessary. 3) Conducting activities to enhance knowledge and understanding of depression and strengthened resilience in life. 4) Implementing a monitoring system for the at-risk group. "Forty-one students with moderate depression who received services, their self-esteem mean scores increased significantly ($\bar{X}$ = 24.61), with a statistically significant relationship at the .05 level. The mental health counseling system for preventing depression among students facilitates appropriate access to care and increased self-esteem. The educational institution should establish a mental health counseling system for students, incorporating mental health problem screening for students facing mental health challenges.

Keyword: mental health counseling system, students, depression, self-esteem

บทนำ

ปี พ.ศ. 2566 องการอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากรโลก มากกว่า 700,000 คนที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีอายุ 15-29 ปี[1] ในประเทศไทยมีข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้า พบว่า มีคนไทยป่วยด้วยอาการซึมเศร้า 1.5 ล้านคน พบในช่วงอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 14.7 ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้บ่อย โดยเฉพาะนักศึกษาที่มีปัจจัยทางด้านความเครียดในการเรียน การใช้ชีวิตตามลำพัง[2] การวางแผนช่วงใกล้สำเร็จการศึกษา การจัดการเวลา สภาพเศรษฐกิจ และความคาดหวังของตนเอง[3] จะส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้มากจนสามารถฆ่าตัวตายสำเร็จกว่า 800,000 รายต่อปี[3] เนื่องจากต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนในหลักสูตรอุดมศึกษา รวมถึงเป็นวัยที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และกลุ่มนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเกิดขึ้นหลายๆ ด้าน เช่น การเรียน เพื่อน ความรัก การเลือกอาชีพ การเตรียมพร้อมบทบาทเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จึงเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต[4] หากนักศึกษาปรับตัวไม่ได้จะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจที่รุนแรงจนทำให้เกิดโอกาสในการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายสำเร็จสูง[5]

ภาวะซึมเศร้าจึงยังเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ท้าทายต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในทุกประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในนักศึกษาที่กำลังศึกษาในระบบมหาวิทยาลัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานจำนวนมากศึกษาความชุก ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า รวมถึงโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาซึ่งสะท้อนว่า การดูแลเรื่องสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่สามารถป้องกัน และรักษาได้หากได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม นักศึกษาที่ภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทันท่วงทีอาจส่งผลกระทบต่อด้านศักยภาพการเรียนและผลการเรียน ปฏิสัมพันธ์กับสังคม ตลอดจนผลกระทบต่อภาวะการไม่มีงานทำในอนาคต[1] แต่หลายงานวิจัยสะท้อนปัญหาเชิงระบบในมหาวิทยาลัยว่า ปัญหาเรื่องภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาไม่ได้รับการดูแลและแก้ไข อาจเนื่องจากอุปสรรคในด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลเฉพาะด้านมีจำนวนจำกัด แหล่งให้การช่วยเหลือนักศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงหรือป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีอยู่อย่างจำกัด[4] ตลอดจนบุคคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนน้อย การเข้าถึงกลุ่มนักศึกษาที่อาการซึมเศร้ายากเพราะสังคมตีตราว่าเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยโรคทางจิตเวชส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าขาดการรักษาที่เหมาะสม[6]

ภาวะซึมเศร้ากับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในต่างประเทศพบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 และพบว่ากว่าร้อยละ 4 ของนักศึกษากำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง[2] และการเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต ช่วยนักศึกษามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย[7] การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาลจึงช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายพบว่า มีตัวเลขสูงถึงร้อยละ 53.50[2] เช่นเดียวกับสถานการณ์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมที่มีเหตุการณ์นักศึกษาตัดสินใจฆ่าตัวตายโดยกระโดดจากตึกสูงเมื่อปี พ.ศ. 2562 หลังจากเหตุการณ์ดังกล่าวจาก

ข้อมูลพบว่า มีนักศึกษาบางส่วนที่มีภาวะเครียด มีภาวะวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้ารวมตัวกันและสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการแก้ไขปัญหาให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน ตลอดจนได้มีการรับประทานยารักษาโรค ณ โรงพยาบาลโดยไม่เปิดเผยข้อมูล แต่ต้องการรับการช่วยเหลือจากมหาวิทยาลัย จากการสำรวจข้อมูลสภาพทางจิตใจแบบออนไลน์ในนักศึกษา พบว่า นักศึกษามีภาวะเครียดสูงร้อยละ 16.15 ภาวะซึมเศร้าระดับสูงร้อยละ 1.24 ภาวะคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 3.10 โดยพฤติกรรมของนักศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสนใจโซเชียลมีเดียร้อยละ 99.04 [8]

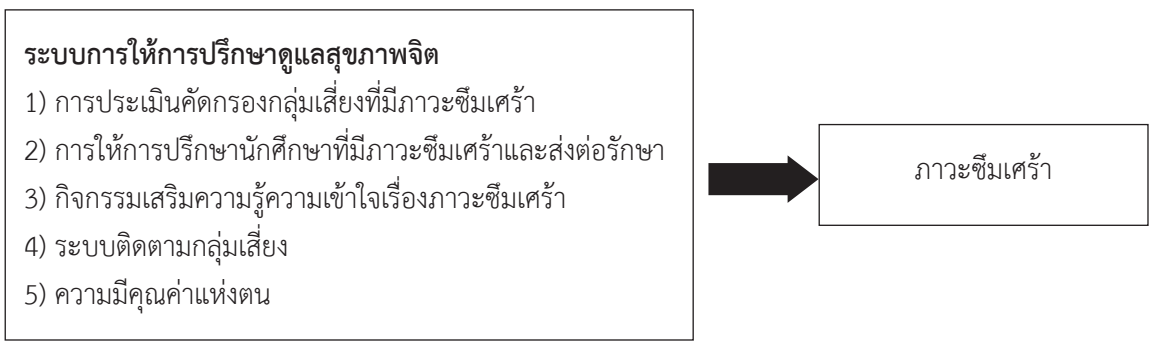
จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นักศึกษาในสถานศึกษาทั้งในและต่างประเทศกำลังเผชิญกับการเกิดภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น แต่การแก้ไขปัญหาหรือแนวทางการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยยังไม่ชัดเจนและจริงจัง อาจเนื่องมาจากไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าและให้ความช่วยเหลือได้ทันท่วงที รวมทั้งในมหาวิทยาลัยยังไม่มีระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษาที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ขาดกิจกรรมการส่งเสริมทักษะชีวิตตั้งแต่เด็กเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (universal prevention) จากปัญหาดังกล่าวทีมผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการให้การปรึกษาการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าแก่สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ เพื่อแก้ไขปัญหาและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าแก่สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตในสถานศึกษาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัย ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษายุทธศาสตร์ 5 ประการตามแนวคิดกฎบัตรออตตาวา[9] ซึ่งเป็นเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก[9,10] ให้เป็นสถานศึกษาสร้างเสริมสุขภาพที่เด็กและเยาวชนสามารถอยู่อาศัย ศึกษาและทำงานได้อย่างมีสุขภาพดีส่งเสริมภาวะสุขภาพระดับสูงสุดตามศักยภาพ[11] แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนาซึ่งส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในสถานศึกษาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษาในส่วนนี้มุ่งการสร้างและพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย นักศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจิตจากการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต จำนวน 2,092 คน พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน แพทย์ด้านจิตเวช จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขั้นสำรวจปัญหา คือ นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพทางจิตใจแบบออนไลน์จากตัวแทนนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับสลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจำนวน 429 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของเครซี่มอร์แกน[12] ขั้นการพัฒนา ระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาที่มี

ความเสี่ยงด้านสุขภาพจาก 5 คณะรวมทั้งสิ้น จำนวน 107 คน พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน จิตแพทย์ (เลือกทั้งหมด) 5 คนเพื่อให้ข้อมูลตามกระบวนการกลุ่ม ขั้นการทดลองใช้ระบบที่พัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่ประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ระดับปานกลาง ที่สมัครใจและขอรับคำปรึกษาตามระบบการให้การปรึกษา จำนวน 41 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) นักศึกษาที่มีผลการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าระดับต่ำขึ้นไปหรือนักศึกษาที่ต้องการขอรับคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต

2) พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนและแพทย์ด้านจิตเวชปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครปฐมและมีประสบการณ์การให้การปรึกษาผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ไม่ประสงค์ขอเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มยุติการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองตามบทบาทหน้าที่ 3) กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มในระหว่างการดำเนินกิจกรรมมีระดับภาวะวิตกกังวล ระดับภาวะเครียด ระดับความซึมเศร้าในระดับสูงสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการได้

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา คณะที่ศึกษา

2) แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิตเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าอย่างง่าย 9 คำถาม (2Q 9Q ของกรมสุขภาพจิต) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821

3) แบบสอบถามประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบอร์ก (Rosenberg Self-esteem Scale) จำนวน 10 ข้อ เพื่อใช้ประเมินผลการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ เป็นคำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อวางกรอบการพัฒนาระบบการให้การปรึกษาสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ประเด็นโอกาสสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การจัดบริการให้การปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับการศึกษา การดำเนินชีวิต การแก้ปัญหาสุขภาพ การสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร จิตใจ อารมณ์และสังคมให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสร้างเครือข่ายสุขภาพในสถานศึกษาและชุมชน การสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสถานศึกษา การจัดการความรู้และฐานข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนาช่องทางเข้าถึง ความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย การจัดกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ผ่านการประเมินความเหมาะสมของคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตจำนวน 1 ท่าน และด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตจำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน รวมจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาความเชื่อมโยงความสอดคล้องกับบริบทของการศึกษาอยู่ระหว่าง 0.77-1.00

การดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้ จากสภาพการก่อนการวิจัย พบว่า มหาวิทยาลัย ฯ ไม่มีวิธีการดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต อย่างเป็นระบบชัดเจน กล่าวคือ มีกองกิจการนักศึกษาเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยไม่มีผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเข้าไปดูแล จากข้อมูลดังกล่าว ทีมจึงทำการวิจัยและสำรวจปัญหาดังกล่าว ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจข้อมูลพื้นฐานเรื่องปัญหาสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา และการประเมินผลตามสภาพจริงของนักศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจิต จากนักศึกษาจำนวน 429 คน นำมาวิเคราะห์และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา ระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้วิจัยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่ม พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนานักศึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จำนวน 5 คน และนักศึกษาที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจาก 5 คณะ รวมทั้งสิ้นจำนวน 107 คน โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อพัฒนาร่างแนวทางการดูแลผู้ที่ภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัยทดลองใช้ระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยการนำระบบที่พัฒนาไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ภาวะซึมเศร้าที่เป็น

กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการโดยขอคำปรึกษาผ่านเข้ามาทางไลน์จำนวน 41 คน จำนวน 6 ครั้งตามระบบ หลังใช้บริการ ฯ 2 สัปดาห์ผู้วิจัยใช้แบบความภาคภูมิใจในตนเอง (RSS) จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินผลการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการให้การปรึกษา ฯ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เลขที่ 048/2564 วันที่ 2 กันยายน 2565 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ ทั้งนี้สามารถถอนตัว หรือยกเลิกการให้ ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ส่วนผล และสถิติ T-test และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบกับข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่าง (n = 429)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	12.35
หญิง	376	87.65
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	133	31.01
ชั้นปีที่ 2	150	34.96
ชั้นปีที่ 3	58	13.52
ชั้นปีที่ 4	88	20.51
คณะที่ศึกษา		
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	51	11.98
คณะวิทยาการจัดการ	113	26.34
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	114	26.58
คณะพยาบาลศาสตร์	70	16.32
คณะครุศาสตร์	81	18.88

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.10) อายุระหว่าง 18-31 ปี อายุเฉลี่ย 23.14 ปี (SD = 1.68) ส่วนใหญ่ศึกษาชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 34.96) ส่วนใหญ่ศึกษาคณะมนุษย์และสังคมศาสตร์ (ร้อยละ 26.58)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 429)

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย	321	74.82
ภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง	82	19.11
ภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง	26	6.07

จากตารางที่ 2 พบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา นักศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 74.82 รองลงมาอยู่ในระดับ ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.11 และอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 6.07 ตามลำดับ

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มแบบมีส่วนร่วม พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนานักศึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จำนวน 5 คน และนักศึกษาที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจาก 5 คณะ รวมทั้งสิ้นจำนวน 107 คน สามารถสรุปแนวทางการพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. จัดบริการด้านสุขภาพสำหรับนักศึกษาโดยมีการคัดกรองภาวะสุขภาพทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าภาวะเครียด 1 ครั้งต่อปี โดยให้นักศึกษาใหม่ได้รับการประเมินทุกรายและนักศึกษาชั้นปีอื่นที่สมัครใจ

2. จัดบริการคลินิก Happy life สำหรับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) การให้การปรึกษาเบื้องต้นรายบุคคลแบบพบกัน 2 ครั้ง และออนไลน์ผ่านทางโซเชียลมีเดียจำนวน 1 ครั้งโดยผู้วิจัย 2) กิจกรรมกลุ่มบำบัด กิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพทักษะชีวิตจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที 3) กิจกรรมการจัดการความเครียด เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง โดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 1 ครั้งครั้งละ 45-60 นาที (สำหรับนักศึกษาที่ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว ส่งไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หรือจิตแพทย์โดยผ่านศูนย์สุขภาพชุมชนในมหาวิทยาลัยเพื่อรับการรักษาเป็นการเฉพาะ)

3. ติดตามประเมินผลเป็นระยะ

การทดลองใช้ระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า นำระบบที่พัฒนาไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ภาวะซึมเศร้าที่ยินดีเข้าร่วมโครงการขอคำปรึกษาจำนวน 41 คน หลังใช้บริการ ฯ 2 สัปดาห์ผู้วิจัยใช้แบบความภาคภูมิใจในตนเอง (Rosenberg Self-esteem Scale) จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินผลการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิต และนำผลไปปรับปรุงระบบการให้การปรึกษาฯ มีผลดังตาราง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความภาคภูมิใจในตนเองก่อนและหลังได้รับคำการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (N = 41)

ความภาคภูมิใจในตนเอง	$\bar{X}$	SD	t	P-value
ก่อนทดลอง	16.39	1.935	35.279	.000*
หลังการทดลอง	24.61	1.973		

*P< .05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังจากการได้รับการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง (Rosenberg Self-esteem Scale) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P< .05

ตารางที่ 4 สรุปผลการดำเนินการวิจัยและข้อมูลเชิงคุณภาพตามขั้นตอนการพัฒนาระบบ

ขั้นตอน	วิจัย สำรวจข้อมูลพื้นฐาน	การพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิต	ทดลองใช้และสรุปผลปรับปรุงแก้ไขระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิต
กิจกรรม ผลการดำเนินการ	ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์โรคซึมเศร้า	กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วม A-I-C 1) การประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้า 2) การให้การปรึกษานักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและส่งต่อรักษา 3) กิจกรรมเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่อง 4) ระบบติดตามกลุ่มเสี่ยง	การทดสอบทางคลินิกคืนข้อมูลปรับปรุงกระบวนการ นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าลดลง มีความภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้นในช่วง 1-2 เดือนแรก แต่ไม่นานก็มีอาการกำเริบเมื่อวิเคราะห์ พบว่าส่วนใหญ่ขาดทักษะการเผชิญปัญหาและจัดการกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ จึงนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบ 1) การประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้า 2) การให้การปรึกษานักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและส่งต่อรักษา 3) เพิ่มกิจกรรมเสริมความรอบรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและทักษะการเผชิญปัญหาและจัดการกับสถานการณ์เพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต 4) ระบบติดตามกลุ่มเสี่ยง

จากตารางที่ 4 พบว่า การปรับปรุงแก้ไขระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิต จากการคืนข้อมูลปรับปรุงกระบวนการ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ให้เพิ่มกิจกรรมเสริมความรอบรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า และทักษะการเผชิญปัญหาและจัดการกับสถานการณ์เพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต และควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่อาจารย์พยาบาล/พยาบาลจิตเวช/พยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน ในการดำเนินการตามแนวทางการช่วยเหลือดังนี้

1) ประเมินคัดกรองและวิเคราะห์ข้อมูลนักศึกษาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและระดับความเครียด

2) ดำเนินการให้การปรึกษาและให้การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติเบื้องต้นแก่นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำในรายที่ต้องการความช่วยเหลือ ระดับปานกลางขึ้นไปเป็นรายบุคคลทุกรายพร้อมประเมินผลเป็นระยะหลังรับบริการ และดำเนินการส่งต่อตามประเภท ระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

2.1) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงส่งต่อศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เพื่อพบจิตแพทย์และนักจิตวิทยาโรงพยาบาลนครปฐม

2.2) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและต่ำ ส่งต่อกองพัฒนานักศึกษาเพื่อเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมเพื่อช่วยเพื่อน

3) จัดกิจกรรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะความแข็งแกร่งในชีวิต เช่น กลุ่มกิจกรรมบำบัด หรือให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม กิจกรรมเสริมความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต กิจกรรมเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ

4) พัฒนาทักษะชีวิตให้กับนักศึกษา โดยเฉพาะทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะ

5) วางแผน ประสานงาน จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารให้เกิดความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดในสถานศึกษา จัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน จัดระบบการดูแลเฝ้าระวังช่วยเหลือและติดตามผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง จัดระบบการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตแบบฉุกเฉิน ระบุกลุ่มเสี่ยง ลักษณะความเสี่ยงที่จะเกิด มีโอกาสเกิดความเสี่ยงขึ้นเมื่อใดเช่น หลังจากที่รับทราบผลการเรียน เป็นต้น การมี Code alert ที่จะกระตุ้นให้ทีมช่วยเหลือสามารถเข้าช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

6) วางแผน ประสานงานการจัดจุดบริการสำหรับบุคคลในสถานศึกษาที่ประสบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เพิ่มช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่าย เท่าเทียม ต่อเนื่อง ครอบคลุม และเน้นการรักษาความลับ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความไว้วางใจให้มีการจัดบริการ ทั้งแบบออนไลน์ และจัดคลินิก แบบห้องให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาตามหลักนิเวศน์ (Milieu Therapy) เพื่อให้นักศึกษาที่เข้ามารับคำปรึกษาปัญหาทางด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้า รู้สึกปลอดภัย อุ่นใจ และผ่อนคลาย

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยพื้นที่จังหวัดนครปฐมที่ประกอบด้วยการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา จะช่วยให้นักศึกษาได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษา[13] และจัดตั้งคลินิก Happy life สำหรับนักศึกษาที่มีภาวะเครียดระดับปานกลางถึงมาก ภาวะซึมเศร้าน้อยถึงระดับปานกลาง สำหรับนักศึกษาที่ภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง เพื่อรับการดูแลเป็นการเฉพาะในสถานศึกษา เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[14] การเสริมทักษะการจัดการ กับความเครียดและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการสื่อสาร ตลอดจนกิจกรรมเพื่อเสริมความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าให้เกิดความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จะช่วยสร้างความรอบรู้ในวัยรุ่น การจัดให้มีบริการให้การปรึกษาเสริมความรู้และเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตช่วยให้นักศึกษามีความเข้มแข็งทางใจ[15]

การพัฒนาระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษาเป็นแนวทางที่สามารถช่วยให้นักศึกษามีแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับเวลาไม่สบายใจส่วนใหญ่ปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 35.09 ส่วนใหญ่เพื่อนสนิทร้อยละ 94.55[15] ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จากเหตุการณ์มีนักศึกษาฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและส่งผลให้นักศึกษาเกิดภาวะตึงเครียด และซึมเศร้าได้ความครุ่นคิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น และจากสภาพทางเศรษฐกิจที่มีรายได้น้อยยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายรับ ($p = 0.032$)[16] จากวิธีการดังกล่าว เป็นการส่งเสริม สุขภาพในสถานศึกษาตามแนวคิดกฎบัตรออตตาวา[9] เพื่อให้เป็นสถานศึกษาสร้างเสริมสุขภาพ ที่เด็กและเยาวชนสามารถอยู่ อาศัย ศึกษาและทำงานได้อย่างมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สถานศึกษาควรจัดให้มีระบบการให้การปรึกษาดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักศึกษาในทุกสถานศึกษา

2. ควรมีการประเมินคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตก่อนเข้าศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และจัดบริการที่เหมาะสมแก่กลุ่มนักศึกษาที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ประคับประคองเพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้ สามารถผ่านพ้นวิกฤติไปได้

3. สถานศึกษาควรวางแผนเรื่องระบบการเก็บหน่วยกิตสะสมในกรณีที่อาการของโรควิกฤตจนต้องพักการเรียนเพื่อไม่ให้กลุ่มคนเหล่านี้เสียโอกาสทางการศึกษา

4. มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยอื่นๆ ควรเพิ่มหัวข้อเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักรู้ เรื่องสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และการเผชิญปัญหา เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

5. ควรจัดให้มีบริการแก่นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตในสถานศึกษาทุกแห่งโดยพัฒนาในเชิงนโยบาย

2. ส่งเสริมการวิจัยเพื่อสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาและพัฒนาเป็นรูปแบบในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรมในนักศึกษาระดับมัธยมศึกษา

References

1. World Health Organization. Depressive disorder (Depression). Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Cheung DH, Boonmongkon P, Ojanen TT, Damri T, Samoh N, Cholratana M, et al. Peer victimisation and depression among gender conforming and non-conforming Thai adolescents. Culture, Health & Sexuality. 2020; 22(7): 808-21.
3. Patten EV, Beckstead E, Jones M, Spruance LA, Hayes D. School Nutrition Professionals' Employee Safety Experiences During the Onset of the COVID-19 Pandemic. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2021; 53(1): 2-9.

4. Siripongpan A, Phattaramarut K, Namvichaisirikul N, Poochaya S, Horkaew P. Prevalence of depression and stress among the first year students in Suranaree University of Technology, Thailand. Health Psychology Research. 2022; 10(2): 354-64.
5. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S. Risk Factor and Suicide Theory Associated with Suicide in Adolescents: A Narrative Reviews. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2017; 62(4): 359-78. (in Thai)
6. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. Tosangwarn S. Self-esteem, Resilience, and Depressive Symptoms Among Nursing Students in a Nursing College in Northeast Thailand. Journal of Health and Nursing Education. 2021; 27(1): 58-74. (in Thai)
8. Buacharean H, Chankham W, Namarak R, Ararang W, Potungtham D. A Study of Depression and Anxiety in Staff and Students of Rajabhat Nakhon Pathom University; 2023. (in Thai)
9. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion, the move towards a new public. Geneva; 1986.
10. Thompson SR, Watson MC, Tilford S. The Ottawa Charter 30 years on: Still an important standard for health promotion. International Journal of Health Promotion and Education. 2018; 56(2): 73-84.
11. World Health Organization. Global Standards and Indicators for Health Promoting Schools Draft 3. Geneva: World Health Organization; 2020.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-10.
13. Watcharasin D. Preventing Adolescent Depression: From Evidence to Practice. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2017; 24(1): 1-12. (in Thai)
14. Meuangkhwa P, Chaniang S, Klongdee K. Depression among Thai Undergraduate Students: The Critical Role of Higher Educational Institutions. Journal of Nursing, Siam University. 2021; 21(41): 104-16. (in Thai)
15. Bualuang T, Tokun P, Anan K, Chaopipat Y. Effect of Resilience Enhancement Program for First Year Nursing Students of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. Journal Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(2): 98-105. (in Thai)
16. Chootong R, Wiwattanaworaset P, Buathong N, Noofong Y, Chaithaweesup P, Cheecharoen P, et al. Mental Health Status, Family State and Family Functioning of Undergraduate Students in a Southern University, Thailand. Journal of the Thai Psychiatric Association, 2023; 64(4): 337-50. (in Thai)

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The Effectiveness of a Self-regulation Skill Enhancement Program for Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients with Overweight Body Mass Index in Kumphawapi District, Udon Thani Province

ทิพย์วิมล ศรีจอมพล[1] สุทธีพร มูลศาสตร์*[2] นพวรรณ เปียซื่อ[3]
Tipwimon Srijompon[1] Sutteeporn Moolsart*[2] Noppawan Piaseu[3]
[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
[1]Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand 11120
[2]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
[2]School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand 11120
[3]โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
[3]Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรม ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่าย กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมและคู่มือเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเอง โดยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเองของแบนดูรา กิจกรรมประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้าน มีระยะเวลา 10 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ทั้งสองส่วน และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การกำกับตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมโรค, โรคเบาหวาน, ดัชนีมวลกาย

Corresponding Author: *E-mail: sutteeporn@yahoo.com

วันที่รับ (received) 23 ก.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ส.ค. 2565

Abstract

This quasi-experimental research was a two-group pretest-posttest design. The purposes of the research were to study the effects of a self-regulation skill enhancement program on the perception of self-efficacy in diabetes control, diabetes control behavior, body mass index (BMI), waistline, and blood glucose level among uncontrolled type 2 diabetes patients with overweight BMI. The sample was selected by random sampling and group of 32 people each. Research instruments were 1) a self-regulation enhancement program and handbook based on the theory of Bandura's self-regulation theory. The 10-week activities comprised workshops and home visits; 2) questionnaires on diabetes control self-efficacy and behavior. The content validity index of both questionnaires was 1.00. Cronbach's alpha coefficients were .91 and .92, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and a t-test. The result showed that after enrolling in the program, the self-efficacy and behavioral diabetes control of the experimental group were more than before enrolling in the program, and more than the comparative group, to a statistically significant degree at p-value < .05. Mean BMI, waistline, and blood sugar of the experimental group were less than before enrolling in the program, and less than the comparative group, at p-value < .05.

Keywords: Self-regulation, Disease controlling behavior, Diabetes, Body mass index

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทั่วโลก โดยพบว่าใน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 425 ล้านคน และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรค เบาหวานจำนวน 629 ล้านคน[1] ส่วนประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน[2] จากสถิติในพ.ศ. 2559-2561 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในเขตสุขภาพที่ 8 โดยเฉพาะในจังหวัดอุดรธานีที่มีประชากรหนาแน่นมากที่สุด มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเมื่อเปรียบเทียบรายอำเภอ พบว่าอำเภอกุมภวาปีมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงที่สุดในจังหวัดอุดรธานี มีอัตราป่วยเท่ากับ 622.98, 607.50 และ 702.77 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[3] และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่ำกว่าระดับจังหวัดและเกณฑ์เป้าหมาย พบเพียงร้อยละ 20.80, 21.95 และ 23.83 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตตามมา รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ใน พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 61.69, 64.88 และ 61.84 ตามลำดับ และพบมากในอำเภอกุมภวาปี โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นร้อยละ 70.41, 73.23 และ 72.23 ตามลำดับ ถึงแม้ประเทศไทยจะมีนโยบายมุ่งเน้นการขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนดูแลโรคเบาหวานร่วมกัน ซึ่งกำหนดขอบเขตในระดับปฐมภูมิมีบทบาทให้ความรู้ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างแรงจูงใจ และสามารถดูแลตนเองได้[4] อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพและทักษะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม รวมทั้งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทำให้บุคลากรที่มีจำนวนจำกัด มีภาระงานเพิ่มมากขึ้นจากการป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าว รวมทั้งมาตรการปฏิบัติตัวป้องกันโรคตามหลักการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้การติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา มีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การกำหนดเป้าหมายและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนั้นยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมอาหาร การกระตุ้นทางอารมณ์ให้รางวัลตนเอง และใช้โทรศัพท์เยี่ยมติดตาม กระตุ้นเตือน ให้

คำแนะนำ และให้กำลังใจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้น[5-9] ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกินนั้นยังมีการศึกษาไม่มากนัก ประกอบกับบริบทในชุมชนที่พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกินพบในอัตราที่สูงมากขึ้น ร่วมกับวัฒนธรรมการรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก การคมนาคมที่สะดวกและเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย จึงนำมาสู่การศึกษานี้ที่ได้นำแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูรา[10] มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเชื่อว่า บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนให้บรรลุเป้าหมายได้ โดยต้องมีการฝึกฝนและพัฒนาหาหนทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน ช่วยให้เกิดแรงจูงใจ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวาน และส่งผลให้ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากเดิมได้ ซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลดอัตราการเสียชีวิต ลดงบประมาณของประเทศ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน

คำถามการวิจัย

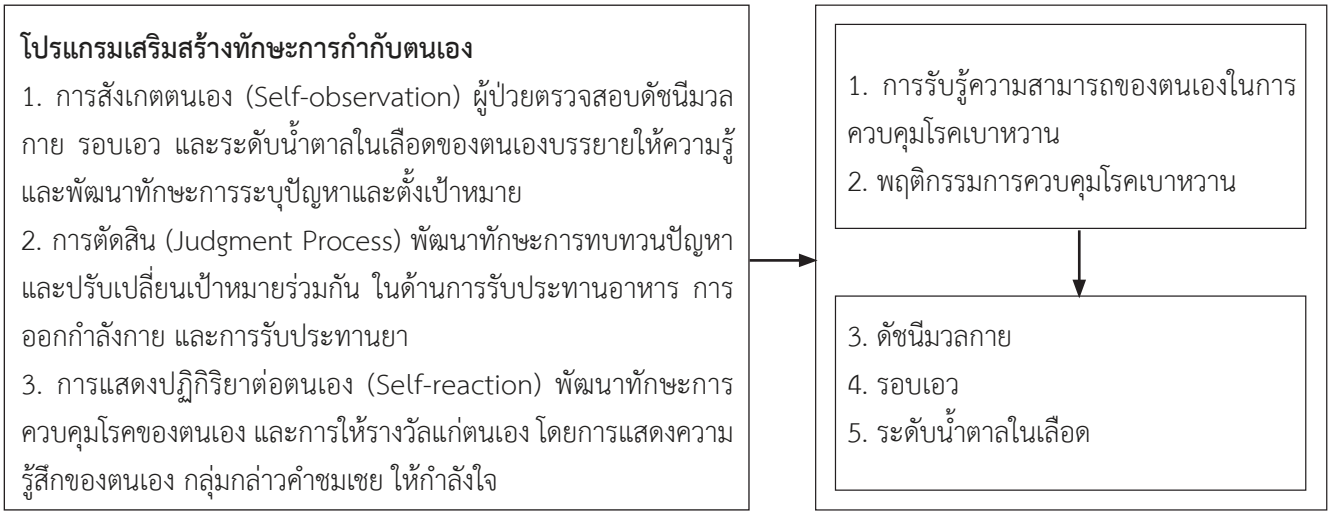
โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกินหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation theory) ของแบนดูรา โดยผ่านการกำกับตนเอง 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง (Self-observation) 2) การตัดสิน (Judgment Process) และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกินมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานที่ดีขึ้น จะส่งผลให้ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน ในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกพื้นที่ที่ศึกษาแบบเจาะจง โดยกำหนดให้ตำบลปะโคเป็นพื้นที่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกินสูงมากกว่าตำบลอื่นในอำเภอกุมภวาปี และได้กำหนดพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะโคเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ่งหมากลานเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มละ 32 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือดโดยได้รับการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดต่อกัน 3 ครั้ง มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อายุระหว่าง 40-70 ปี สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้ ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มถูกจับคู่ด้านปัจจัย อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเอง
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา มีข้อคำถามทั้งสิ้น 31 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก ถึงมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยคะแนนถูกแปลผลเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา มีข้อคำถาม 31 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนถูกแปลผลเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และยารักษาโรคเบาหวานที่รับประทาน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน โดยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 10 อบรมเชิงปฏิบัติการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ข้อมูลทางคลินิก บรรยายให้ความรู้ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ฝึกทักษะทบทวนการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ฝึกทักษะการวิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมโรคของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ และการให้รางวัลและกิตติกรรมประกาศ สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 7 เยี่ยมบ้าน พัฒนาทักษะทบทวนปัญหาและปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกันตามข้อมูลพฤติกรรม และข้อมูลทางคลินิก โดยสัปดาห์ที่ 2-10 ผู้ป่วยทำกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันด้วยกายบริการ จังหวะไทย (ภาคอีสาน) ทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันละ 45 นาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1-10 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 ทุกส่วน และได้นำไปทดลองใช้ (try out) จำนวน 30 คน หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .91 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาผู้วิจัยนี้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ความยุติธรรม และความถูกต้อง ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 18/2564 เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัยติดต่อขอความยินยอมในการให้ข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติวิเคราะห์ เพื่อใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา คือ สถิติทดสอบที (t-test) โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนทดลองตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบที (independent t-test) ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 อายุเฉลี่ย 59.81 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.88 ใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.75 ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.50 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 56.25 และ 65.62 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนาน 6-10 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้แรงงานปานกลาง ร้อยละ 48.87 รองลงมาไม่ได้ใช้แรงงานและใช้แรงงานมาก ร้อยละ 25 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการใช้แรงงานมาก ร้อยละ 69.38 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีรูปร่างสมส่วนและอ้วน คิดเป็นร้อยละ 43.75 รองลงมาคิดว่าตนเองมีรูปร่างผอม 9.42 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 53.13 ซึ่งทั้งสองกลุ่มคิดว่าสาเหตุที่ทำให้ดัชนีมวลกายเกินเกิดจากการไม่ควบคุมอาหาร

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 32)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.03	0.57	ปานกลาง	2.90	0.22	ปานกลาง	1.182	.244
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.59	0.44	มาก	3.02	0.21	ปานกลาง	6.665	.000*
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.99	0.37	ปานกลาง	2.95	0.21	ปานกลาง	.587	.560
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.84	0.43	มาก	2.90	0.22	ปานกลาง	13.413	.000*
ดัชนีมวลกาย								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	26.27	2.58		26.61	2.85		-.509	.613
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.34	2.58		26.94	2.80		-2.382	.020*
รอบเอว								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	87.81	4.73		88.56	6.60		-.522	.603
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	85.78	5.07		88.81	6.86		-2.009	.049*
ระดับน้ำตาลในเลือด								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	163.94	16.95		157.75	22.45		1.553	.125
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	132.72	14.84		159.47	18.59		-5.189	.000*

* $p < .05$

ตารางที่ 1 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 32)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน								
กลุ่มทดลอง	3.03	0.57	ปานกลาง	3.59	0.44	มาก	-8.105	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.90	0.22	ปานกลาง	3.02	0.21	ปานกลาง	-2.779	.009*
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน								
กลุ่มทดลอง	2.99	0.37	ปานกลาง	3.84	0.32	มาก	-13.999	000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.95	0.21	ปานกลาง	2.90	0.22	ปานกลาง	4.435	000*
ดัชนีมวลกาย								
กลุ่มทดลอง	26.27	2.58		25.34	2.58		12.420	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.61	2.85		26.94	2.80		-2.788	009*
รอบเอว								
กลุ่มทดลอง	87.81	4.73		85.78	5.07		4.513	000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	88.56	6.60		88.81	6.86		-.656	.517
ระดับน้ำตาลในเลือด								
กลุ่มทดลอง	163.94	16.95		132.72	14.84		8.734	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	157.75	22.45		159.47	18.59		-.575	.570

* $p < .05$

ตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน แต่การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงต้องมีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง (Mean Difference) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งพบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองดีขึ้นหลังการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้และฝึกทักษะในการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับโรค การอ่านฉลากยาและการออกกำลังกายร่วมกัน การประเมินตรวจสอบตนเองร่วมกับการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมา การตั้งเป้าหมายและการฝึกให้ปฏิบัติจนสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ การติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งสามารถเข้าถึงและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับตนเอง[10] ได้อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจากกระบวนการสังเกตตนเอง ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิด ส่งผลให้เกิดความคาดหวัง เป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ ที่ได้ใช้การบรรยายให้ความรู้ ประเมินปัญหาและภาวะคุกคามทางสุขภาพและการเสริมความเชื่อมั่นในตนเองด้วยการเยี่ยมบ้าน พบว่ามีผลการทดลองเช่นเดียวกัน[11,12,13] แต่อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจในรับประทานอาหารมื้อเย็นให้ห่างจากเวลาเข้านอนก่อน 4 ชั่วโมง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง เนื่องจากวิถีชีวิตของชุมชนในภาคอีสาน ส่วนใหญ่จะรอรับประทานอาหารเย็นร่วมกับบุตรหลานที่กลับจากทำงานในช่วงเย็น หลังจากนั้นก็เข้านอนไม่ดึกมากนัก จึงทำให้ระยะเวลาการรับประทานอาหารห่างจากเวลาเข้านอนน้อยกว่า 4 ชั่วโมง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตเช่นเดียวกัน ที่เข้านอนแต่หัวค่ำ จึงทำให้ช่วงเวลาระหว่างการรับประทานอาหารและเข้านอนห่างกันไม่มาก[14]

2. พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองดีขึ้นหลังการทดลอง เนื่องจากการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างต่อเนื่อง โดยการนำข้อมูลที่บันทึกไว้ มาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ จนทำให้เกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเมื่อทำได้สำเร็จจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้การให้รางวัลแก่ตนเอง ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้จัดกิจกรรมสนทนาแลกเปลี่ยน ให้ความรู้ พร้อมทั้งการตั้งเป้าหมาย ประเมินพฤติกรรมและข้อมูลทางคลินิกเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ สร้างความมั่นใจ โทรศัพท์กระตุ้นเตือนทุกสัปดาห์ กล่าวคำชมเชย และการสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยดังกล่าวจึงพบผลเช่นเดียวกัน[6,7] อย่างไรก็ตามพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากแต่ยังไม่อยู่ในระดับมากที่สุด อาจมีสาเหตุมาจากในช่วงดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมเป็นช่วงเดือนธันวาคมถึงเดือนมกราคม ซึ่งในพื้นที่ที่ศึกษามีการรวมตัวกันของคนในชุมชนเพื่อทำเครื่องจักสานเพื่อใช้ในงานบุญมหาชาติในเดือนมีนาคมซึ่งจะจัดเป็นประจำทุกปี และนอกจากนั้นมีการรับประทานอาหารร่วมกันในทุกวัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหักห้ามใจในการรับประทานได้น้อย จึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม เพิ่มขึ้นเล็กน้อย นอกจากนี้แล้ว ในชุมชนยังมีตลาดนัดสัญจรสัปดาห์ละ 3 วัน ทำให้การรับประกอบอาหารเองในครัวเรือนลดลง ซื้ออาหารประกอบสำเร็จมากขึ้น

3. ดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงหลังการทดลอง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานที่ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองในประชาชนที่มีน้ำหนักเกินที่ได้ให้ความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ตั้งเป้าหมายการควบคุมน้ำหนัก การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ พบว่าหลังการทดลองดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงเช่นเดียวกัน[11] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีกิจกรรมพัฒนาทักษะการอดอาหารบางช่วงเวลา (Intermittent Fasting: IF) ตามสูตร 12:12 เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายใช้พลังงานส่วนเกินที่สะสมอยู่ จึงทำให้มีการสลายไขมัน ลดปริมาณไขมันในร่างกาย และลดน้ำหนักตัว นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีการออกกำลังกายโดยใช้กายบริหารจังหวะไทย (ภาคอีสาน) ร่วมกันทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันละ 30-45 นาที โดยการออกกำลังกายได้ช่วยเผาผลาญพลังงานส่วนเกิน ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีขนาดเล็กลง และมีการสะสมของไขมันในรูปของไตรกลีเซอไรด์ในเซลล์ไขมันลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการจำกัดเวลาการรับประทานอาหารในผู้ที่มีภาวะอ้วน ที่ให้อดอาหาร 12 ชั่วโมง ไม่มีการควบคุมอาหาร เดิน 7,000-10,000 ก้าวในแต่ละวัน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดลงมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ[15]

4. รอบเอวของกลุ่มทดลองลดลงหลังการทดลอง เนื่องจากการเผาผลาญไขมันมากขึ้นและน้ำหนักตัวที่ลดลง

ทำให้รอบเอวลดลงได้ด้วย จากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลการกำกับตนเองในผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ที่ได้ให้ความรู้การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก ออกกำลังกายร่วมกันในทุกสัปดาห์ ๆ ละ 5 วัน และการติดตามเยี่ยมบ้าน พบผลการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเส้นรอบเอวลดลง[16]

5. ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงหลังการทดลอง เนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารและยาให้ตรงเวลา ส่งผลให้ร่างกายได้รับอาหารสอดคล้องกับปริมาณและการออกฤทธิ์ของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งทำให้การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิผลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง นอกจากนี้การรับประทานอาหารตรงเวลาช่วยให้ระบบเผาผลาญของร่างกายทำงานได้ตามปกติ ลดการรับประทานอาหารจุกจิก และรับประทานยาได้ตรงตามเวลาอีกด้วย[3] นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนเป็นพลังงาน และยังทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น ในขณะที่อินซูลินในร่างกายมีปริมาณเท่าเดิม แต่การออกกำลังกายทำให้ร่างกายใช้อินซูลินมากขึ้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยการกำกับตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้มีการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน กิจกรรมป้อนข้อมูลกลับให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกพฤติกรรม การวางแผนการปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และการให้รางวัลตนเอง[8] มีการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา การกำหนดเป้าหมาย การวางแผน การให้รางวัลตนเองเมื่อทำได้ตามเป้าหมาย[9]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกิน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ซึ่งมีดัชนีมวลกายเกิน เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกินนี้ ใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 10 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น แต่ไม่อยู่ในระดับมากที่สุด รวมถึงผลแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองยังเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก จึงควรมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน

2.2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้และดัชนีมวลกายเกินในระยะยาว ควรติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และผลลัพธ์ในการควบคุมโรคอื่น ๆ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นต้น

References

1. World Health Organization. World health statistics 2017. France: [publisher unknown]; 2017.
2. Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Clinical practice guideline for diabetes 2017. 3rd ed. Pathum Thani: Romyen Media Company; 2017. (in Thai)
3. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. NCDs situation report. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership; 2020. (in Thai)
4. Mangklakeeree N., Senachai N., Panput A. Diabetes management in working age group: The challenging for nurse practitioners. The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 19-27. (in Thai)

5. Klongdee K., Benjakul S., Kengganpanich M., Kengganpanich T. Effects of the smart diet program applying the concept of self-regulation for diabetes control in type 2 diabetic patients. Rama Nurse Journal. 2019; 25(3): 326-39. (in Thai)
6. Poorat J., Pichayapinyo P., Lagampan S. Effects of self-regulation program on glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes. Kuakarun Journal of Nursing. 2020; 27(1): 20-33. (in Thai)
7. Baiphimai J., Leelukkanaveera Y., Srisuriyawet R. The effects of self-regulation by clinial information program to glycemic control behaviors score and glycosyted hemoglobin level on uncontrolled type 2 diabetes. Journal of Public Health Nursing. 2017; 31(3): 123-43. (in Thai)
8. Homchui P., Wanaratvijid C., Pratoomsoot C. Effect of self-management support for self-care behavior and blood glucose level in patients with type 2 diabetes mellitus. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2020; 12(1): 240-54 (in Thai)
9. Panyalert S., Imamee N., Kriengkaisakda W. Self-regalation to promote dietary and exercise behaviors of type 2 diabetic patients of Ban-Nongchado sub-district Healh Promoting hospital, Suphanburi province. Journal of Health Education. 2017; 40(1): 69-81. (in Thai)
10. Bandura, A. Social Cognitive Theory of Self-Regulation. Organizational behavior and human decision processes. 1991; 50(2): 248-87.
11. Phanphrom P., Rodjakpai Y., Wirutsettasin K. The results of The weight-control program on applying the concept of self-regulation towards body mass index of people with overweight in Bothong district, Chonburi province. Journal of Public Health Nursing. 2017; 31(1): 46-59. (in Thai)
12. Suksan N, Kespichayawattana J. Effects of promotion self-regulation program on eating behaviors and waist circumference in older patients with obese diabetes. Royal Thai Navy Medical Journal. 2017; 44(3): 85-102. (in Thai)
13. Silfee, V., Petosa, R., Laurent, D., Schaub, T., Focht, B. Effect of a behavioral intervention on dimensions of self-regulation and physical activity among overweight and obese adults with type 2 diabetes: a pilot study. Psychology, Health & Medicine. 2016; 21(6): 715-23.
14. Thongpootorn P., Lowirakorn S. Food consumption of diabetic patients with uncontrolled plasma glucose level at diabetic clinic, Kutchap hospital, Udon Thani province. Khon Kaen University Journal for Public Health Research. 2020; 13(1): 22-32. (in Thai)
15. Peeke, P., Greenway, F., Billes, S., Zhang, D., Fujioka, K. Effect of time restricted eating on body weight and fasting glucose in participants with obesity: results of a randomized, controlled, virtual clinical trial. Peeke et al. Nutrition and Diabetes. 2022: 11(6): 1-11.
16. Thipkratok S., Phatisena T. Effects of self-management program for health behavior modification, body mass index and waist circumference among village health volunteers with abdominal obesity. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2020; 14(34): 210-23. (in Thai)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก

A Confirmation Factor Analysis of Health Literacy for Child Caregivers

วลัยนารี พรมลา*[1] กรวุฒิ แผนพรหม[2] ณิชาภัทร ธนศิริรักษ์[1] มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ[1]

Walainaree Pommala*[1] Korawut Phanprom[2] Nichapat Tanasirirak[1] Manasri Phaiboonsiri[1]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปทุมธานี ประเทศไทย 12000

[1]Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathumthani, Thailand 12000

[2]คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ลพบุรี ประเทศไทย 15000

[2]Faculty of Education, Thepsatri Rajabhat University, Lopburi, Thailand 15000

บทคัดย่อ

การดูแลเด็กเล็กให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญานั้น ผู้ที่ดูแลเด็กควรมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ตามวัยอันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของเด็ก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก ตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 240 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า โมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก มีตัวบ่งชี้หรือตัวแปรสังเกตได้ 6 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ด้านทักษะการสื่อสาร 2) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ 4) ด้านการจัดการตนเอง 5) ด้านการตัดสินใจ และ 6) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก $\chi^2(2, N = 240) = 1.06$, $p = .59$, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .00, SRMR = .00) ดังนั้นสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และออกแบบการพัฒนาระบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ; การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน; ผู้ดูแลเด็ก

Abstract

The caring is the way to taking care of childhood to have good health includes physical, manental and intellectual health. Child caregivers must have health literacy about childhood care in order to development by aged and have proper health behaviors. The purpose of this survey study was to analyze component of caregiver's health literacy in chid care centers. There were 240 of child caregivers. Data were collcted using nurturing care questionnaire. Content validity of the questionnaire was confirmed by 5 experts yielding the values each item ranged 0.8-1.0 and Reliability of the questionnaire was tested by Cronbach's alpha coefficient yielding a values of .98. Data were analyzed using confirmation factor analysis.

Corresponding author: *Email:

วันที่รับ (received) 12 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2566

The research results and confirmatory factor analysis revealed that health literacy of child caregivers in child care centers consisted of six main components: 1) communication skill, 2) health knowledge and understand, 3) media literacy, 4) self-management skill, 5) decision skill, and 6) accessing information and service. The health literacy components of child caregivers in child care centers was fit to the empirical data (χ^2(2, N = 240) = 1.06, p = .59, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .00, SRMR = .00) The data can be used to develop appropriate caregivers' assessment tools and design the development of a system to care for child development centers more effectively.

Keywords: Health literacy; Confirmatory factor analysis; Child caregivers.

บทนำ

ประเทศไทยกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ 20 ปี (2560 - 2579) มุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในทุกช่วงวัยตลอดชีวิต และให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กระดับปฐมวัย เพื่อเสริมสร้างพัฒนาการเด็กระดับปฐมวัยให้สมบูรณ์รอบด้านและเหมาะสมกับวัย[1] การส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาวะที่ดีให้กับเด็กเล็กนั้น เป็นหนึ่งในการบริการสาธารณะที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชน และมีการจัดตั้งสถานพัฒนาเด็กเล็กขึ้น โดยมีครูหรือผู้ดูแลเด็กทำหน้าที่ในการจัดการศึกษา อบรม เลี้ยงดู และส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ ซึ่งผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ทำให้เด็กปฐมวัยรู้สึกปลอดภัย มั่นคง และเชื่อมั่นในตนเอง ถือเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างต้นทุนชีวิตที่ดีที่จะพัฒนาการเจริญเติบโตพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย[2] ดังนั้นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รัฐจึงได้พัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแล เพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพการจัดบริการของสถานพัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถให้บริการดูแลสำหรับเด็กเล็กได้อย่างมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน และตอบสนองพัฒนาการรอบด้านและสมวัย[3] ผู้ดูแลเด็กควรมีความรู้ ความสามารถ และคุณสมบัติที่พร้อมสำหรับการปฏิบัติงาน มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ตรงกับบริบทและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[4] และหากผู้ดูแลเด็กได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ดูแลเด็กสามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น[5,6] ดังนั้นก่อนที่ผู้ดูแลเด็กจะให้การดูแลเด็กจริง ผู้ดูแลเด็กควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลของผู้ดูแลเด็กก่อน จึงควรที่จะมีเครื่องมือสำหรับการประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เหมาะสม และประเมินระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก เพื่อเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาของผู้ดูแลเด็ก

จากการสำรวจสถานการณ์สุขภาวะเด็กไทยที่อายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า เด็กมีปัญหาด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง อาทิ ความไม่สมดุลด้านโภชนาการ คือ มีภาวะโภชนาการเกิน มีเด็กอ้วนจำนวนมากขึ้น และพบว่ามีภาวะเตี้ยปานกลางถึงมาก เนื่องจากการได้รับโภชนาการไม่เพียงพอ มีพัฒนาการล่าช้า รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก[7] ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากพื้นฐานการดูแลของครอบครัว สุขภาพของตัวเด็กเอง สภาพแวดล้อม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ[7,8] แต่ส่วนหนึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากคุณภาพการดูแลเด็ก (childcare quality) และปัจจัยที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัย คือ ด้านสมรรถนะการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก[9]

ประเทศไทยมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประมาณ 21,000 ศูนย์ทั่วประเทศ ครอบคลุมทุกพื้นที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังประสบปัญหาบางประการ อาทิ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการบริหารการศึกษา มีตำแหน่งหน้าที่ไม่ตรงกับสายงาน มีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณ การจัดหาสื่อวัสดุ อุปกรณ์ที่เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก[10] เพราะปัจจุบันการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นสิ่งเกิดมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ความรู้มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้ทุกคนในสังคมได้เกิดการพัฒนาตนเอง และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการดูแลสุขภาพหรือการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข[11]

ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเป็นการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ

Nutbeam[4] ประกอบ ด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (accessing information and service) 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (health knowledge and understand) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ซึ่งจากสถานการณ์ของสุขภาพและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความรู้หรือรูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กอาจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก[12]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเด็ก มีการใช้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในเด็ก[13,14] แต่ยังไม่พบการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก อีกทั้งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กยังไม่ชัดเจน มีแต่เพียงองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการนำมาใช้วัดกันอย่างแพร่หลาย[4,15] แต่ยังไม่มีการวัดความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในผู้ดูแลเด็ก

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเด็กจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ และคุณสมบัติที่เหมาะสมในการดูแลเด็กก่อนที่จะไปปฏิบัติงานจริง จึงควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลของผู้ดูแลเด็กโดยพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เหมาะสม เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ดูแล และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องขององค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กกับข้อมูลเชิงประจักษ์

คำถามการวิจัย

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กประกอบด้วยอะไรบ้างและมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษากับผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญในการดูแลเด็กและมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ผู้วิจัยได้เลือกกรอบแนวคิดองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam[4] ที่มีองค์ประกอบการวัด 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาเครื่องมือวัดวิเคราะห์ความรอบรู้ในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก ให้สามารถดูแลเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาวะที่ดีต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 27,723 คน

กลุ่มตัวอย่างวิจัย ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ด้วยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ ด้วยโปรแกรม A-priori sample size calculator for structural equation models โดยกำหนดจำนวนตัวแปรแฝง (latent variables) 1 ตัว และตัวแปรสังเกตุได้ (observed variables) 6 ตัว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ขนาดอิทธิพล (anticipated effect size) เท่ากับ 0.2 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.99[16] ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 200 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกัน

การสูญหายของข้อมูล[17] ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนประมาณ 240 คน ผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบบง่าย (Simple random sampling) ตามภูมิภาค ประกอบด้วย 5 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ และคัดเลือกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามความสะดวก (convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน เคยผ่านการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมจำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 คือ เห็นด้วยกับข้อความน้อยที่สุด ถึง 5 คือเห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด รวมจำนวน 30 ข้อ และเกณฑ์การแปลผล คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และตรวจสอบความเที่ยง (reliablity) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่ตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดด้านความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2564 No. 004/2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากตัวอย่าง โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยพอสังเขป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของให้ข้อมูลโดยเด็ดขาด และจะทำลายเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้วทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์บนเทคโนโลยีประมวลผลแบบคลาวด์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเดือนตุลาคม 2564 - เมษายน 2565 ได้การตอบกลับจากตัวอย่าง จำนวน 240 คน และแบบวัดมีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย อธิบายลักษณะข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างและตัวแปรการวิจัย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Mplus โดยพิจารณาจากความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดจากค่าสถิติไค-สแควร์ (chi-square) ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ค่าองศาอิสระ (degree of freedom: df) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker (Tucker-Lewis index: TLI) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (comparative fit index: CFI) ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยเศษเหลือในรูปมาตรฐาน (standard root mean square residual: SRMR)

ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่า (root mean square error of approximation: RMSEA)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 240 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 239 คน (ร้อยละ 99.58) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 86 คน (ร้อยละ 35.83) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 67 คน (ร้อยละ 27.92) และอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 55 คน (ร้อยละ 22.92) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 144 คน (ร้อยละ 60.00) มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กมากกว่า 15 ปี จำนวน 81 คน (ร้อยละ 33.75) รองลงมา คือ มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 57 คน (ร้อยละ 23.75) เคยได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก จำนวน 203 คน (ร้อยละ 84.58) และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก จำนวน 37 คน (ร้อยละ 15.42)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.32, SD = 0.47) เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีทักษะและความสามารถในแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.24-4.41 (SD = 0.48-0.57) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติเบื้องต้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก (N = 240)

ตัวแปร	M	SD	min	max	แปลผล
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	4.41	0.48	2.80	5.00	มาก
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	4.25	0.56	3.00	5.00	มาก
ทักษะการสื่อสาร	4.26	0.54	3.00	5.00	มาก
ทักษะการจัดการตนเอง	4.36	0.49	2.80	5.00	มาก
ทักษะการตัดสินใจ	4.35	0.51	3.00	5.00	มาก
การรู้เท่าทันสื่อ	4.27	0.57	2.80	5.00	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**4.32**	**0.47**	**3.20**	**5.00**	**มาก**

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืน (confirmatory factor analysis) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไค-สแควร์ (chi-square) เท่ากับ 1.06 โดยผลการทดสอบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .59) องศาอิสระเท่ากับ 2 มีดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker (TLI) เท่ากับ 1.00 ซึ่งดัชนีทั้งสองนั้นมีค่าเข้าใกล้ 1 และมากกว่า .95 มีดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ .00 และมีค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยเศษเหลือในรูปมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ .00 ซึ่งดัชนีทั้งสองมีค่าเข้าใกล้ 0 และน้อยกว่า .08 ค่าสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร พบว่าทุกตัวแปรทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .81 ถึง .94 โดยตัวแปรแฝงองค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 65 ถึง 88 (R^2=.65 - .88) องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุดคือ ทักษะการสื่อสาร (β = .94, R^2 = .88) องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (β = .81, R^2 = .65) รายละเอียดดังตารางที่ 2 ภาพที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

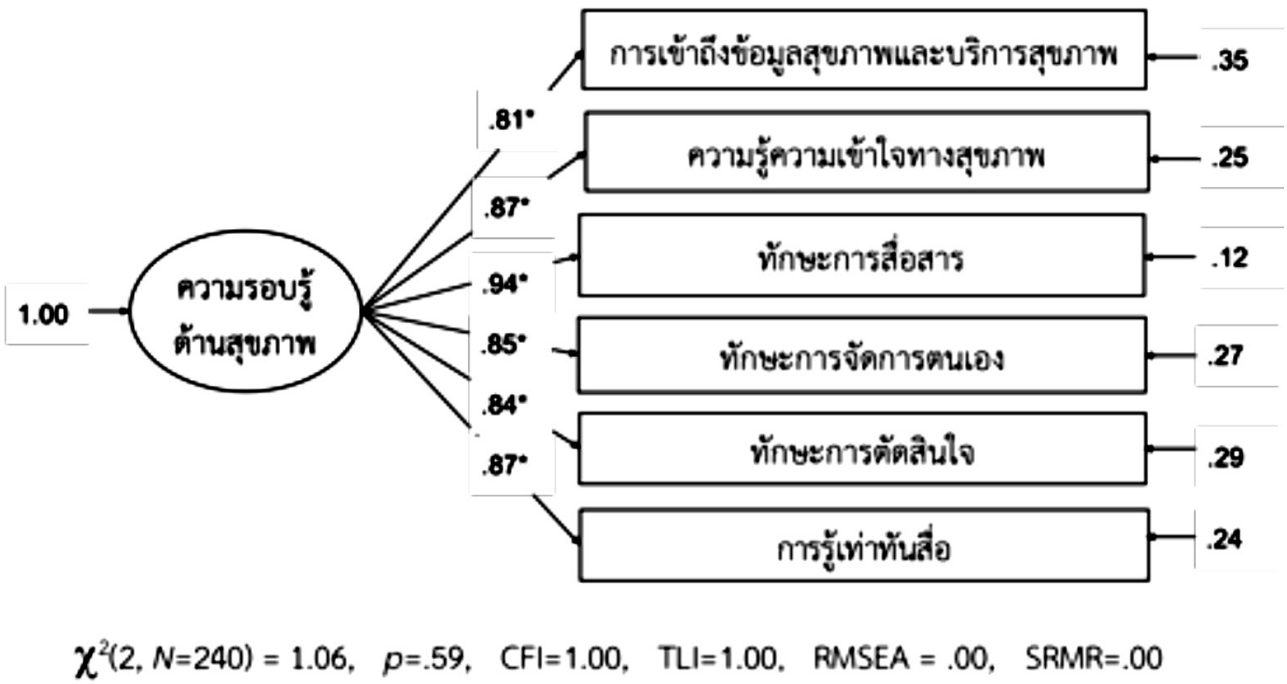
ข้อคำถาม	b	SE	β	t	R^2
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.96	0.06	.81	33.45***	.65
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	1.15	0.06	.87	49.80***	.75
ทักษะการสื่อสาร	1.21	0.06	.94	43.28***	.88
ทักษะการจัดการตนเอง	1.00	0.05	.85	43.60***	.73
ทักษะการตัดสินใจ	1.00	< --- >	.84	32.86***	.71
การรู้เท่าทันสื่อ	1.16	0.05	.87	46.32***	.76

ค่าสถิติในการตรวจสอบความตรงของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

$\chi^2(2, N = 240) = 1.06$, p = .59, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .00, SRMR = .00

หมายเหตุ: * ** p<.001

< --- > ไม่มีรายงานค่า SE และ t เนื่องจากเป็นพารามิเตอร์บังคับ (constrained parameter)



ภาพที่ 1 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิเคราะห์องค์ประกอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก ทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยอภิปรายผลองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักจากมากไปน้อย ดังนี้

1. ด้านทักษะการสื่อสาร ในการพูด การอ่าน การเขียนและการฟัง เพื่อให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมทั้งสามารถพูดโน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลสุขภาพ การที่ด้านการสื่อสารมีน้ำหนักองค์ประกอบสูงอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 จึงน่าจะมีทักษะการสื่อสารที่สูงและอาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเทคโนโลยีการสื่อสารมีหลาย

ช่องทางทำให้บุคคลใช้วิธีการติดต่อสื่อสารกันหลายช่องทาง ทำให้การสื่อสารมีความสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมทักษะหรือพัฒนาให้สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องสามารถสื่อสารได้ทั้งการพูด อ่าน เขียนข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลเพื่อให้มีสุขภาพดี[18] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[19] ที่ว่าการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่สั้นโดยไม่ได้ขยายความให้ชัดเจนร่วมกับการนำเสนอของสื่อในปัจจุบันที่ขยายวงกว้างและรวดเร็ว อาจส่งผล ต่อการตีความสารที่ผิดพลาดและอาจเกิดความขัดแย้งได้

2. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า องค์ความรู้หรือข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางการดูแลทางด้านสุขภาพในปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งข้อมูลบางส่วนยังมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือวิธีการดูแลสุขภาพที่แตกต่างไปจากเดิม[12] ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้หรือข้อมูลสุขภาพอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ponsawat[11] ที่กล่าวว่า ในยุคปัจจุบันการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้ทุกคนในสังคมได้เกิดการพัฒนาตนเอง และสามารถนาองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการดูแลสุขภาพหรือการดารงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ก็เป็นเรื่องสำคัญในการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น[12] ทั้งนี้การที่ผู้ดูแลเด็กให้ความสำคัญอาจเป็นเพราะปัจจุบันทุกคนสามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น แต่ทั้งนี้สื่อที่มีการเผยแพร่ข้อมูลมีทั้งน่าเชื่อถือและไม่น่าเชื่อถือ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องรู้เท่าทันสื่อพิจารณาไตร่ตรองและวิเคราะห์องค์ความรู้หรือข้อมูลเหล่านั้นว่าสื่อประเภทใดมีความเหมาะสมในการนามาใช้ในในการดูแลเด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Manganello[18] ที่กล่าวว่าบุคคลที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะต้องมีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลเพื่อนามาใช้ในการดูแลสุขภาพนอกจากนี้ shoeisuwan[20] อธิบายว่า ในปัจจุบันมีสื่อที่ให้ความรู้ และข้อมูลทางด้านสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์และสื่อสาธารณะ ซึ่งผู้ที่นำข้อมูลสุขภาพมาใช้จะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพสื่อและเปรียบเทียบสื่อจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นมาประกอบการตัดสินใจ[12]

4. ทักษะการตัดสินใจ เป็นความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติโดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี - ผลเสีย พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หากผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ จะสามารถตัดสินใจเลือกและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพให้กับเด็กและบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม[4] แต่หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพต่ำทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่ดีเช่นกัน

5. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[12] อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 33.75 รองลงมามีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 23.75 และส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 84.58 จึงทำให้มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพเด็กจึงมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพน้อย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้แม้ว่าผู้วิจัยจะมีการสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบบง่าย (Simple random sampling) ตามภูมิภาคประกอบด้วย 5 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ แต่การเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดใช้การสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีในการอ้างอิงไปยังประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพในด้านทักษะการสื่อสาร ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและด้านการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งมีน้ำหนักองค์ประกอบสูงดังนั้นเมื่อมีการจัดอบรมหรือพัฒนาหลักสูตรเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ผู้ที่เกี่ยวข้องควรเน้นในเรื่องของการจัดกิจกรรมหรือเสริมทักษะให้กับผู้ดูแลในด้านดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาผู้ดูแลให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) โมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้สนใจสามารถนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้ดูแลเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยส่งเสริมด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจและด้านการจัดการตนเองให้มากขึ้น ให้กับผู้ดูแลเด็กเพื่อให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพเด็ก และหรือศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กในบริบทอื่น ๆ เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมที่มีความหลากหลายในการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

References

1. Royal Thai Government Gazette. National strategy (2018-2037). Royal Thai Government Gazette 2018; (in Thai)
2. Ponmark J, Thisara P, Weiangkham D, Duangpanya A. Development of a family participation model for Promoting Child development: A case study of Ban Sanpamuang child care center, mueang district, Phayao Province. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2):241-50. (in Thai)
3. Department of local administration. The standard of child development centers of department of local administration fiscal year 2016. Bangkok: Department of local administration; 2016. (in Thai)
4. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12):2072-8.
5. Araujo MC, Dormal M, & Schady N. Childcare quality and child development. Journal of Human Resources 2019; 54(3):656-82.
6. Helmerhorst KO, Riksen-Walraven JMA, Fukkink RG, Tavecchio LW, Deynoot-Schaub MJG. Effects of the caregiver interaction profile training on caregiver–child interactions in Dutch child care centers: A randomized controlled trial. Child Youth Care Forum 2017; 46(3):413-36.
7. Department of health. Department of health annual report 2020. Bangkok: Aksorn Graphic and design publishing limited partnership; 2020. (in Thai)
8. Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrat C, Songpaisan Y. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. International Journal of Paediatric Dentistry 2019; 29(3):238-48.
9. Phattarasatjatum P, Nillapun M, Prachusilpa G, Vanichwatanavorachai S..Development of an integrated social media and technology based coaching model for developing early childhood healthcare competencies of caregivers in local administration organization childcare centers. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3):123-34. (in Thai)
10. Lorpoolkijsakul P, Limpaseni W, Hemachusha O. Management guidelines for early childhood centers in Bangkok: A case study of Din Daend district. In B. Suwit et al (Ed.). Proceeding of Navamindradhiraj University Conference, Networking in the smart city: Collaboration of smart health and smart community 2018; Bangphlat, Bangkok. (in Thai)
11. Ponsawat R. Lifelong learning for promoting health literacy among the elderly in Thaisociety. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2019; 20(3):54-61. (in Thai)

12. Kruthangka P. A Needs assessment for literacy in early childhood health care of child caregivers in child development centers. Nursing Journal CMU 2023; 50(1):329-42.
13. Fernandez-Jimenez R, Jaslow R, Bansilal S, Santana M, Diaz-Munoz R, Latina J, Kovacic JC. Child health promotion in underserved communities: The FAMILIA trial. Journal of the American College of Cardiology 2019; 73(16):2011-21.
14. Fields B, Rodakowski J, James AE, Beach S. Caregiver health literacy predicting healthcare communication and system navigation difficulty. Families Systems & Health 2018;36(4):482-92.
15. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. BMC public health 2012; 12(1):130.
16. Soper DS. A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models [Software] 2021.
17. Polit FD, Beck CL. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. 9th ed. India: Wolters Kluwer; 2017.
18. Manganello JA. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. Health Education Research 2008;23(5):840-7.
19. Jaruma B, Konnaimuang P. Methods for developing effective communication. Journal of MCU Humanities Review 2020; 6(1):413-28. (in Thai)
20. Choeisuwan V. Health literacy: Concept and application for nursing practice. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(3):183-97. (in Thai)

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแล การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่าย ไม่ได้ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

The Effects of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevention & Care for Incontinence Associated Dermatitis in Patient Ward Somdech Phra Debaratana Building Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

รุ่งรัตน์ เกิดสวัสดิ์ ภิญโญ อุทธิยา* ชวนชม อ่อนไทย
Rungrat Koetsawat Pinyo Utthiya* Chuanchom Onthai
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กทม.ประเทศไทย 10400
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ใน 2 ระยะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 39 ราย ทั้ง 2 ระยะ และบุคลากร ได้แก่ พยาบาล 93 ราย และผู้ช่วยพยาบาล 81 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แนวปฏิบัติ ฯ แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วย แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแบบบันทึกความร่วมมือของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ของบุคลากร ได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา สถิติอ้างอิง และการทดสอบของแมคนีมาร์

ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีแนวโน้มการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบ ฯ ลดลง มีคะแนนความพึงพอใจระยะที่ 2 มากกว่าระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บุคลากรพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลมีระดับความเห็นด้วยในการใช้แนวปฏิบัติฯ ในระยะที่ 2 มากกว่าระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และให้ความร่วมมือทั้ง 2 ระยะ การใช้แนวปฏิบัติ ฯ นี้สามารถเพิ่มผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านบุคลากรผู้ดูแล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, การป้องกันและการดูแลการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

Corresponding Author: *E-mail: tan.pinyoamb2557@gmail.com

วันที่รับ (received) 28 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ธ.ค. 2566

Abstract

The quasi-experimental research aimed to investigate the effects of clinical nursing practices in preventing and managing incontinence-associated dermatitis (IAD) in two phases. The sample included 39 patients at risk of IAD in both phases and 93 nurses, and 81 nursing assistants.Specific tools included personal information questionnaires, clinical practice assessment forms, patient satisfaction surveys, and staff opinion questionnaires. The content validity index was 1.00 for all tools. Statistical analysis involved t-tests and McNemar's test.

Results indicated a significant reduction in IAD occurrences in phase 2, with higher patient satisfaction scores. Staff, especially nursing assistants, showed increased agreement with the use of clinical practices in phase 2. Overall, the study suggests that implementing these practices can enhance outcomes for both patients and healthcare providers.

Keywords : clinical nursing practice guidelines, Prevention & care for incontinence associated dermatitis

บทนำ

ผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-associated dermatitis: IAD) เกิดจากผิวหนังบริเวณนั้นถูกทำลายจากการสัมผัสอุจจาระหรือปัสสาวะ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่มีความยากลำบากในการทำความสะอาดและใช้ระยะเวลาในการดูแลผิวหนังที่อักเสบเพิ่มขึ้น ตลอดจนผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น[1] และยังเป็นสาหตุหนึ่งของการเกิดแผลกดทับ เมื่อแผลมีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะส่งผลให้เพิ่มอัตราตายเพิ่มขึ้นเป็น 1.22 เท่าของผู้ที่ไม่มีแผลกดทับ[2] จากสถิติทั่วโลกพบความชุกของการเกิด IAD ร้อยละ 10-37 [3] จากผลกระทบและสถิติดังกล่าวหลายการศึกษาที่เป็น systematic reviews จึงได้มีการแนะนำให้ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันและการดูแล IAD ที่เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วย[4] โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวมีหลักการ 3 ประการในการป้องกันและการดูแล IAD ได้แก่ การทำความสะอาด การให้ความชุ่มชื้นและการปกป้องผิวหนัง[5]

ในประเทศไทย พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลศิริราชได้ทำการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ร้อยละ 3.4-25 ใน พ.ศ. 2557 ผลการศึกษาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบสูงถึงร้อยละ 33 และจากการสำรวจความชุกของของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ ในปี พ.ศ. 2562 พบร้อยละ 12.46 ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และมีความเสี่ยงต่อการเกิด IAD เช่น ผู้ป่วยที่กลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ มีสุขภาพผิวไม่ดี มีโรคร่วมหลายโรค ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีปัญหาด้านความคิด มีปัญหาทุพโภชนาการ มีไข้หรือได้ยา antibiotic เป็นต้น[7] โรงพยาบาลรามาธิบดีได้มีเก็บข้อมูลทางสถิติการการเกิด IAD ใน พ.ศ. 2562-2563 พบอุบัติการณ์ คิดเป็นร้อยละ 8 และ 9 ตามลำดับ[8] และการเกิดภาวะ IAD ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายทุกข์ทรมาน[9] และส่งผลให้เกิดภาระงานของบุคลากรเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะใช้สมรรถนะในการจัดการปัญหาดังกล่าวเพื่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

จากการทบทวนแนวปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่า มีแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice guideline) ในการป้องกันและการจัดการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและเกิดปัญหา IAD ที่เป็นระดับสากลและการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2564[7] ซึ่งในประเทศไทยยังมีการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาปฏิบัติเฉพาะในกลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และยังไม่ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยตลอดจนผู้ป่วยที่กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลเฉพาะทางด้าน แผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (E.T.nurse) ซึ่งเป็นพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยด้านบาดแผล ผ่าตัดออสโตมี (ทวารใหม่/ทวารเทียม) และผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้[10] ซึ่งมีบทบาทหลักเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ให้การดูแลอย่างผู้เชี่ยวชาญแล้วนั้น ยังมีบทบาทในการใช้และเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

เพื่อการดูแลผู้ป่วย[11] จึงมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติมาใช้โดยเป็นการทำวิจัยกึ่งทดลอง หวังผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่แนวปฏิบัติที่ดีที่สุด เกิดภาวะ IAD ลดลง ตลอดจนบุคลากรมีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ดังกล่าวภายใต้บริบทของงานที่เหมาะสม

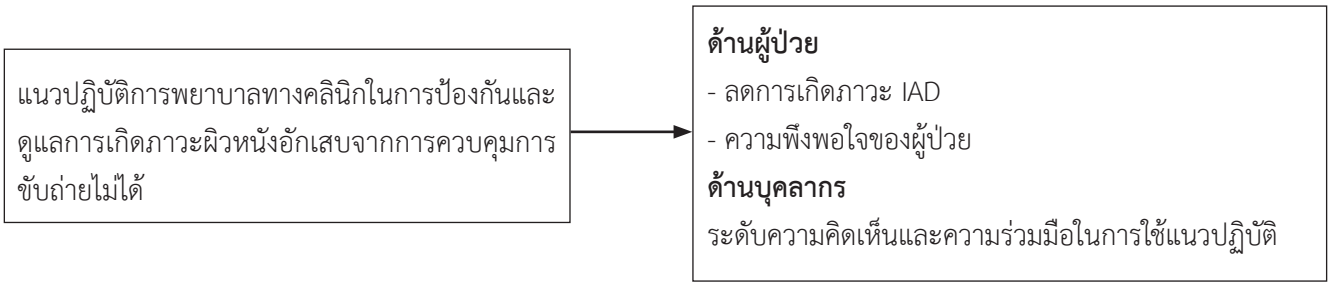
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะ IAD ต่อ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะ IAD และคะแนนความพึงพอใจ

2. เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นและความร่วมมือของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะ IAD

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและบุคลากร ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคำนวณโดยการใช้โปรแกรม G*power กำหนดความเชื่อมั่น (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 และค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size) .80 จากงานวิจัยเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังที่ในผู้ป่วยที่มีภาวะของเสียคั่งขึ้นสมองจากตับเสื่อมที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้[12] ได้กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย ทั้ง 2 ระยะ เพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 39 ราย รวม 78 ราย และบุคลากรประกอบด้วย พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ณ หอผู้ป่วยพิเศษทั้งหมดจำนวน 9 หอ ในอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประกอบด้วยพยาบาล 93 ราย ผู้ช่วยพยาบาล 81 ราย ของ 9 หอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มี 2 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ป่วย เกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ที่ประเมินโดย (Perineal Risk Assessment Tool: PAT) ≥ 4 คะแนนขึ้นไป 3) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 9 หอในอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ 4) มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในงานวิจัย

เกณฑ์คัดออก 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือถอนตัว และ 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมวิจัย

บุคลากร เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็น พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล และ 2) ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยพิเศษจำนวน 9 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษ 72 73 74 75 76 81 82 83

เกณฑ์คัดออก 1) บุคลากรลาออก 2) ลาศึกษา และ 3) ลาคลอดระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบเครื่องมือ

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแล

การเกิดภาวะ IAD โดย แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดของ Beeckman และคณะ[7]

2. เครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย ทั้งหมด 6 ชุด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติด้านสุขภาพ และข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะ IAD โดยใช้ IAD Severity Categorization Tool[7] โดยมีการแบ่งระดับ IAD 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่มีความเสี่ยง คือ ผิวหนังปกติ ไม่แดง ระดับ 1 คือผิวหนังเริ่มแดง แต่ยังไม่มีรอยฉีกขาดของผิวหนัง และระดับ 2 คือผิวหนังแดง อาจมีตุ่มน้ำ การฉีกขาด หรือการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ต่อการใช้แนวปฏิบัติโดยรวม เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข แบบวัดความพึงพอใจ ใช้มาตรวัดคะแนนแบบ visual analog scale มีการลำดับคะแนนจาก 0 -10 โดย 0 = ไม่พึงพอใจ 10 = ความพึงพอใจมากที่สุด

2.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร (พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล) ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งหน้าที่ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ

2.4 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติโดยรวม สร้างโดยผู้วิจัย เป็นข้อคำถามตามแนวปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลตรวจสอบรายข้อว่า มีความคิดเห็นตรงกับข้อความที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในระดับใด ซึ่งระดับความคิดเห็นมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

1 เท่ากับเห็นด้วยน้อยที่สุด 2 เท่ากับเห็นด้วยน้อย 3 เท่ากับเห็นด้วยปานกลาง 4 เท่ากับเห็นด้วยมาก และ 5 เท่ากับเห็นด้วยมากที่สุด และมีคำถามปลายเปิดสอบถามปัญหา ข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแนวปฏิบัติ ฯ ให้เหมาะสมกับบริบทโดยยังคงยึดหลักการเดิมของแนวปฏิบัติ ฯ

2.5 แบบสอบถามความร่วมมือของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ สร้างโดยผู้วิจัย เป็นข้อคำถามตามแนวปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น แบบสอบถามความร่วมมือของพยาบาล 10 ข้อ และของผู้ช่วยพยาบาล 8 ข้อ แต่ละข้อบันทึกการปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ พร้อมระบุหมายเหตุ โดยให้คะแนนข้อที่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะ IAD โดย แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดของ Beeckman และคณะ[7] ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้าน แผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. ข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ การเกิดภาวะ IAD ทั้ง 3 ระยะ ได้ใช้การแบ่งตาม IAD Severity Categorization Tool7 การศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 440 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ ร้อยละ 97 และค่า AUC 0.82 และมีความคงที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในระยะยาว[13] จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพซ้ำ

3. แบบสอบถามระดับความคิดเห็นของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้าน แผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

4. แบบบันทึกความร่วมมือของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ของบุคลากร ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านแผลออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หนังสือรับรองเลขที่ COA. MURA2022/472 วันที่อนุมัติ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ภายหลังการอนุมัติผู้วิจัยเข้าขออนุญาต เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย กับฝ่ายการพยาบาล และผลการวิจัยจะใช้นำเสนอในภาพรวมและไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำเสนอแนวทางการวิจัยเพื่อขอความเห็นชอบและคำแนะนำผู้บริหารทางการพยาบาล และ ขอความร่วมมือและชี้แจงให้กับพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย และขอความยินยอมจากผู้ป่วย โดยผู้ป่วย ในระยะที่ 1 มีแนะนำการใช้แนวปฏิบัติ ฯ การบันทึกผลลัพธ์การปฏิบัติแก่บุคลากร ทั้ง 9 หอผู้ป่วย โดยใช้เวลาหอผู้ป่วยละประมาณ

60 นาที และมีการติดตามผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยว่ามีการเกิด IAD หรือไม่และความรุนแรงระดับใด 7 วันหลังมีการใช้แนวปฏิบัติฯ จากนั้นผู้วิจัยมีการติดตามกำกับ รับฟังปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอ โดยจะเข้าไปติดตามในแต่ละหอผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ ทั้ง 9 หอ หอผู้ป่วยละ 30 นาที และเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ครบ 1 เดือน ผู้วิจัยนัดหมายบุคลากรในหอผู้ป่วย เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ ให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยในอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โดยยังยึดหลักการของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด 3 หลักการ คือ การทำความสะอาด การให้ความชุ่มชื้นและการปกป้องผิวหนัง จากนั้นดำเนินการระยะที่ 2 โดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ฯ ที่ปรับปรุงจากรอบที่ 1 ผู้วิจัยมีการติดตามผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย 7 วัน และด้านบุคลากรมีการติดตามประเมินความคิดเห็นและร่วมมือหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ครบ 1 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประวัติด้านสุขภาพของผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของบุคลากร โดยใช้สถิติบรรยาย คำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย ตามลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป เพื่อดูความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะ ด้วยสถิติไคสแควร์ และ Mann Whitney U Test ตามลักษณะของข้อมูล

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ต่อการใช้แนวปฏิบัติ ทั้ง 2 ระยะ ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้หลังใช้แนวปฏิบัติ ทั้ง 2 ระยะ ด้วยสถิติไคสแควร์

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติ ทั้ง 2 ระยะ ด้วยสถิติ Pair t-test

6. วิเคราะห์เปรียบเทียบความร่วมมือต่อการใช้แนวปฏิบัติทั้ง 2 ระยะ ด้วยสถิติ McNemar's test

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (IAD) ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ขออธิบายด้านข้อมูลทั่วไป และผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มีจำนวน 39 ราย เท่ากันทั้ง 2 ระยะ และมีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ เพศหญิง อายุเฉลี่ย 81.5 ปี ส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด IAD ทั้ง 2 ระยะ

ด้านข้อมูลทั่วไปของบุคลากร พบว่า เป็นผู้ช่วยพยาบาล 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.55 และพยาบาล 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.45 ทั้ง 2 ระยะเท่ากัน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 29 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.87 รองลงมาเป็นระดับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 43.10 และปริญญาโท ร้อยละ 4.03 และระยะการทำงานเฉลี่ย 7 ปี

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะ IAD ต่อ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะ IAD และคะแนนความพึงพอใจ พบว่า การเกิดภาวะ IAD ทั้ง 2 ระยะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยเกิด IAD จำนวน 6 ราย ในระยะที่ 2 เกิด IAD จำนวน 2 ราย ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดภาวะลดลง และพบว่าระยะที่ 2 ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีระดับคะแนนความพึงพอใจมากกว่าระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ระดับความคิดเห็นและความร่วมมือของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะ IAD

2.1 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ทั้ง 2 ระยะ พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลมีระดับคะแนนเฉลี่ยเห็นด้วยกับการใช้แนวปฏิบัติฯในระยะที่ 2 มากกว่าระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกประเด็นความคิดเห็น ส่วนพยาบาลมีระดับคะแนนเฉลี่ยเห็นด้วยกับการใช้แนวปฏิบัติฯในระยะที่ 2 และระยะที่ 1 ไม่แตกต่างกันในทุกประเด็นความคิดเห็น ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ เปรียบเทียบระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2

ประเด็นความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติ	ผู้ช่วยพยาบาล		P-value	พยาบาล		P-value
	Mean (SD)			Mean (SD)		
	ระยะที่ 1 n = 81	ระยะที่ 2 n = 81		ระยะที่ 1 n = 93	ระยะที่ 2 n = 93	
1. มีความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ไม่มีความยุ่งยากและซับซ้อน	3.79(+0.67)	4.02(+0.67)	.031	3.86(+0.57)	3.92(+0.54)	.595
2. มีความชัดเจน ไม่สับสน	3.86(+0.59)	4.09(+0.64)	.017	3.91(+0.64)	3.97(+0.56)	.566
3. มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงานเพื่อการดูแลผู้ป่วย	4.06(+0.56)	4.25(+0.60)	.040	4.05(+0.56)	4.12(+0.57)	.441
4. มีประโยชน์ต่อหน่วยงานสามารถลดต้นทุนทั้งกำลังคนเวลาและงบประมาณ	3.77(+0.68)	4.10(+0.66)	.002	3.80(+0.66)	4.01(+0.70)	.065
5. ประสิทธิผลต่อผู้ป่วย	3.95(+0.55)	4.27(+0.59)	.001	3.99(+0.58)	4.06(+0.59)	.388
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง	4.01(+0.62)	4.27(+0.57)	.005	4.06(+0.64)	4.19(+0.58)	.181
7. ท่านมีความพึงพอใจในแนวทางปฏิบัติ	3.98(+0.61)	4.26(+0.60)	.002	3.98(+0.59)	4.11(+0.59)	.123

Pair t-test

2.2 ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ไม่แตกต่างกันในทุกข้อ ด้านพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งให้ความร่วมมือในการปฏิบัติระยะที่ 2 เพิ่มขึ้นมากกว่าระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ต่อผู้ป่วย ระยะที่ 1 มีการเกิดภาวะ IAD 6 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 15 ซึ่งสูงกว่าสถิติของ พ.ศ. 2564 ที่มีอุบัติการณ์ร้อยละ 10.15[14] แม้บุคลากรจะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ตามที่ได้ตกลงร่วมกันและได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในหอผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายยังมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะ IAD และด้วยแนวปฏิบัติ ฯ ที่เป็นตัวหนังสือทำให้ยากต่อการใช้งานจริง บุคลากรจึงแนะนำให้ใส่รูปภาพระดับแผลแทนการใช้ตัวหนังสือในแนวปฏิบัติ ฯ ส่งผลให้ง่ายต่อการใช้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติตามคำแนะนำ และผู้วิจัยเพิ่มการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติ ฯ แก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยในการป้องกันและดูแลภาวะ IAD เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านจึงอาจส่งผลให้ญาติ/ผู้ดูแล กลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องและเกิด IAD ลดลง สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ/ผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายกลับบ้านส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[15]

ผลการใช้แนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยในระยะที่ 2 พบว่า มีแนวโน้มการเกิดภาวะ IAD ลดลง มีการเกิดภาวะ IAD 2 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 5 แม้จะมีความไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การปรับแนวปฏิบัติมีการปรับปรุงให้ใช้ง่ายขึ้นทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ง่ายส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วยส่งผลให้การเกิดภาวะ IAD ลดลงสอดคล้องกับการศึกษาในการปรับปรุงรูปแบบการป้องกันส่งผลให้การเกิดภาวะ IAD ในผู้ป่วยไอซียูลดลง[16]

ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติโดยรวม พบว่า ระยะที่ 2 มีความพึงพอใจมากกว่าระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากทีมผู้วิจัยมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ก่อนการใช้แนวปฏิบัติเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ฯ ต่อบุคลากร พบว่า ในระยะที่ 2 ผู้ช่วยพยาบาลมีระดับคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยเห็นด้วยในระยะที่ 2 มากกว่าในระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อความคิดเห็นอาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่ในการดูแลและทำความสะอาดผิวหนังหลังขับถ่ายผู้ช่วยพยาบาลจะเป็นผู้ปฏิบัติหลัก และพยาบาลเป็นผู้ประเมินการดูแลซ้ำ เมื่อผู้ช่วยพยาบาลได้มีการเสนอความคิดเห็น และร่วมวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ

ในระยะที่ 2 สอดคล้องกับทฤษฎี 2 ปัจจัยของเฮิร์เบิร์ก (Herzberg)[17] ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีโอกาสแสดงออกโดยนำความรู้มาพัฒนางานที่ได้รับมอบหมายและสามารถกระทำจนประสบความสำเร็จทำให้ผู้อื่นยอมรับ บุคคลจะให้ความร่วมมือมากขึ้น ส่วนด้านพยาบาลมีระดับคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยเห็นด้วยทั้ง 2 ระยะไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากทั้ง 2 ระยะ เป็นไปตามแนวปฏิบัติเดียวกันพยาบาลจึงยึดและปฏิบัติตามหลักโดยไม่ได้มีข้อจำกัดว่าแนวปฏิบัติใหม่จะเป็นรูปภาพที่สื่อได้ชัดเจนขึ้น

ในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ไม่แตกต่างกันเกือบทุกข้อ อาจเนื่องมากจากในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะ เป็นไปตามแนวปฏิบัติเดียวกันและมีการศึกษายืนยันชัดเจนว่าส่งผลดีกับผู้ป่วย จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของธมลวรรณ ยอดกลกิจและคณะที่พบว่าความร่วมมือของแพทย์และผู้ช่วยพยาบาลในแนวปฏิบัติในการการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องทั้ง 2 ระยะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05)[18] ยกเว้นในข้อการบันทึกบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งให้ความร่วมมือในการปฏิบัติระยะที่ 2 เพิ่มขึ้นมากกว่าระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากการที่พยาบาลเห็นความสำคัญของภาวะ IAD ว่ามีความรุนแรงและสามารถพัฒนาเป็นแผลกดทับได้ จึงมีการบันทึกเพื่อแจ้งพยาบาลท่านถัดไปที่มาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

จากการศึกษาพบว่า หลังจากมีการใช้และปรับปรุงแนวปฏิบัติ ฯ ดังกล่าว บุคลากรให้ความร่วมมือใช้แนวปฏิบัติมีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะ IAD ลดลงและเกิดความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วย ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีนโยบายในการนำเอาแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้กับหอผู้ป่วยอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

ควรมีการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะ IAD และญาติผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายกลับบ้านและติดตามผลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อการดูแลโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่ม health literacy และเกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

ควรนำผลการวิจัยมาเผยแพร่ในรูปแบบบทความวิชาการหรือนำเสนอในประชุมวิชาการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางด้านการแพทย์และด้านการสาธารณสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอื่น ๆ ที่ยังพบว่ายังไม่สามารถแสดงผลลัพธ์ที่ดี และบุคลากรยังไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เพื่อร่วมหาสาเหตุและแนวทางปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ สู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น

References

1. Doughty D, Junkin J, Kurz P et al. Incontinence-associated dermatitis. Consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, current challenges. The Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 2012; 39(3):303-15.
2. Park KH, Choi H. Prospective study on incontinence-associated dermatitis and its severity instrument for verifying its ability to predict the development of pressure ulcers in patients with fecal incontinence. International wound journal 2016;13(1):20-5.
3. Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. International wound journal 2016;13(3):403-11.
4. Banharak S, Panpanit L, Subindee S, et al. Prevention and Care for Incontinence-Associated Dermatitis Among Older Adults: A Systematic Review. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2021;14:2983.

5. Beeckman D, Damme NV, Schoonhoven L, et al. Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. Cochrane Database Systemic Review 2016.
6. Kwangthong N. Danaidutsadeekul S. Watanaki-jkrilert D. Angspatt A. The Effects of Skin Care Protocol on Ulcer Healing in Patients with Incontinence-Associated Dermatitis. Kuakarun Journal of Nursing 2023;30(1):14–24. (in Thai)
7. Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2021.
8. Ramathibodi Hospital.Incontinence-associated dermatitis annual report. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2021. (in Thai)
9. Chartputhananun B. Effectiveness of Implementing the Clinical Practice Guidelines for Traumatic Wound Pain Management at Emergency Department in Middle-level Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(2): 101-9. (in Thai)
10. Prechaterasat A. Enterostomal Therapy Nurse's Role: Case Study in Nursing Care for Rectal Cancer Patients. Thai Red Cross Nursing Journal 2017;10(1):22-34. (in Thai)
11. Phakaew j, Choupram T, Thonghyuat N, Chansamrong P, Rodchomphu A, Maleewong K. Nurse's role Enterostomal Therapy Nurse for patients with dermatitis problems due to incontinence associated dermatitis (IAD). Vajira nursing journal 2020;22(2): 127-34. (in Thai)
12. Jinaporn J, Temtap S, Nilmanat K. Comparison of Petroleum-Based Skin-Protection Product and Zinc Oxide-Based Skin-Protection Product on Incidence and the Level of Severity of Early Incontinence Associated Dermatitis in Hepatic Encephalopathy Patients with Incontinence. Journal of Public Health Nursing 2018;32(2): 59-80. (in Thai)
13. Li, Yi-Min; Lee, Henry Hsin-Chung; Lo, Yu-Ling; Chao, Hui-Lin. Perineal Assessment Tool (PAT-C): Validation of a Chinese Language Version and Identification of a Clinically Validated Cut Point Using ROC Curve Analysis. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 2019 46(2):150-3.
14. Utthiya P, Koetsawat R, Nuritanon J. Incidence and Factors Associated with Incontinence Associated Dermatitis in Patient Ward Somdech Phra Debaratana Building Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital : A Retrospective Matched-Paired Case Control Study Design. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023;24(2):290-8. (in Thai)
15. Srisakhot K, Kuleelung P, Aungvanit B, Sondos B, Sriruksa S. Development of Integrated Discharge-Planning Programme for Stroke Patients. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022;37(3):20-43. (in Thai)
16. Uppanisakorn S, Somma T, Vattanaprasan P, Boonyarat J. Prevention and Treatment of Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) in Critical Patients Treated in the Intensive Care Unit of a Medical Ward. Thai Journal of Nursing Council 2015;30(2):86-100.
17. Herzberg F. Work and the nature of man. ed, editor. London: Crosby Lockwook Staples; 1968.
18. Yodkolkij T, Kanogsunthornrat N, Thiengthiantham R. Clinical Practice Guideline Implementation in Colorectal Disease Patients undergoing Abdominal Surgery. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018;5(1):94-111. (in Thai)

มุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

Perspectives and Perceptions of Older People on Smoking Cessation

นิตติยา น้อยสีภูมิ* สิรินันท์ เจริญผล กิติพงษ์ พินิจพันธ์
Nittiya Noysipoom* Sirinan Charoenphol Gitipong Pinichpan
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10230
Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand, 10230

บทคัดย่อ

การบริโภคยาสูบเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งผู้สูบและผู้ใกล้ชิด การเลิกสูบยาสูบเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากลดความเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเพิ่มอายุขัยได้ กิจกรรมบริการวิชาการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบจะเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบในผู้สูงอายุ สร้างความตระหนักถึงผลของการบริโภคยาสูบ ให้เห็นความสำคัญของการลด ละ เลิก สูบยาสูบ และสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคยาสูบในอนาคตได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษามุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บริโภคยาสูบจำนวน 6 ราย พบว่าการรับรู้ของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สูบแล้วเสพติด 2) ยาสูบเป็นทั้งมิตรและอาจมีพิษในเวลาเดียวกัน และ 3) ลด ละ เลิก ซึ่งประเด็นเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ต่อการเลือกบริโภคยาสูบและแนวโน้มในการควบคุมการบริโภคยาสูบของผู้สูงอายุ หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโทษของการบริโภคยาสูบเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากการบริโภคยาสูบเป็นพฤติกรรมการเสพติดซึ่งเกิดขึ้นเป็นเวลานาน จึงจำเป็นต้องใช้เวลาและต้องมีแรงจูงใจในการเลิกบริโภคยาสูบ

คำสำคัญ: มุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุ, การควบคุมการบริโภคยาสูบ

Abstract

Tobacco consumption is a public health threat that directly affects people's health, both smokers and close ones. Smoking cessation is of great benefit to the elderly because it reduces the risk of heart disease and stroke, including increasing their life expectancy.

Academic service activities aimed at controlling tobacco consumption will be a part of helping to solve the problem of tobacco consumption among the elderly. It aims to raise awareness about the consequences of tobacco consumption, highlighting the importance of reducing or quitting smoking. Additionally, it can be a guideline for developing a model to change tobacco consumption behavior in the elderly in the future. This qualitative research aimed to explore perspectives and perceptions of older smokers regarding smoking cessation using a semi-structured interview. The results from interviewing six older people

Corresponding Author: *Email: nittiya.n@bcnnv.ac.th
Sponsored by The Thai Health Promotion Alliance Against Tobacco

วันที่รับ (received) 25 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ธ.ค. 2566

who consumed tobacco showed that the perceptions of the elderly were divided into 3 main themes: 1) smoking and addiction, 2) tobacco is both friendly and potentially toxic at the same time, and 3) reduction. Quitting, which reflects perceptions of tobacco choice and trends in tobacco control among the elderly. The academic service activities help older people to increase their knowledge about the dangers of tobacco consumption. However, as tobacco consumption is an addictive behavior that has been going on for a long time, so it takes time, and one needs to be motivated to quit smoking.

Keywords: Perspectives and perceptions of older smokers, Smoking cessation

บทนำ

การบริโภคยาสูบเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุข ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งผู้สูบ และผู้ใกล้ชิด การแพร่ระบาดของยาสูบเป็นหนึ่งในภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่โลกกำลังเผชิญ ภัยจากการบริโภคยาสูบส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเสียชีวิตของประชาชน[1] หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อาจมีผลต่อแนวโน้มของอัตราการตายด้วยโรคต่าง ๆ ที่มีสาเหตุจากบุหรี่ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด ไขมันในหลอดเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน[2]

จากการเพิ่มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน โดยมีการรายงานว่า ในปี 2564 จำนวนประชากรไทย 68.26 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) มากถึง 13.36 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด นั่นคือประเทศกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (ageing society)[3]

ทั้งนี้ มีรายงานสถิติการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในประเทศไทยคือปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจขาดเลือด และพบว่าปัจจัยอันดับแรกของการเจ็บป่วยนี้มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่[4] ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยม โดยปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ติดต่อกันมาเป็นระยะเวลานาน และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย มีรายงานพบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 12.8 โดยสูบเฉลี่ยวันละ 9.7 มวน เป็นเวลาต่อเนื่องเฉลี่ย 36.3 ปี ในขณะที่ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกได้แล้วมีอยู่ร้อยละ 14.6 โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้เคยสูบเฉลี่ยวันละ 13.7 มวน เป็นเวลาต่อเนื่องเฉลี่ย 23.4 ปี[5]

การเลิกสูบยาสูบเป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง[4,6] ซึ่งเป็นการช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมไปถึงการเพิ่มอายุขัยให้แก่ผู้สูงอายุได้[2,7] และจากประโยชน์ที่กล่าวมานี้อายุจึงไม่ควรเป็นอุปสรรคในการที่ผู้สูงอายุจะตัดสินในเลิกสูบยาสูบ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมติดการบริโภคยาสูบและมีแนวโน้มในการเลิกน้อยกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่นเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่จะเข้าไปให้คำแนะนำเรื่องการเลิกบุหรี่[8] เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีความเชื่อว่าตนเองอายุมากแล้ว สูบบุหรี่มานานและคงไม่มีประโยชน์ที่จะเลิกบุหรี่ในบั้นปลายชีวิต ทำให้ไม่มีความต้องการเข้ารับบริการและไม่ต้องการคำปรึกษาในการเลิกบุหรี่[9] อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุที่ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมการเลิกบุหรี่ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งความคิดในการต้องการเลิกบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักถึงผลเสียของบุหรี่[10,11] และเมื่อมีอายุมากขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ในขณะที่บางรายอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการในการช่วยเลิกยาสูบ[12] ที่ผ่านมามีการจัดโปรแกรมการเลิกยาสูบให้ผู้ที่สนใจเลิกยาสูบมากขึ้น แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงบริโภคยาสูบนั้น การจัดกิจกรรมบริการวิชาการเพื่อส่งเสริมความรู้จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงโทษของยาสูบและประโยชน์ของการควบคุมการบริโภคยาสูบได้เพิ่มขึ้น

จากการสืบค้นข้อมูลพบว่ามีวิจัยจำนวนไม่น้อยทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลิกยาสูบในประชากรทั่วไป ในขณะที่มีการศึกษาเพียงเล็กน้อยที่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการเลิกยาสูบในผู้สูงอายุ[13] และในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงการรับรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งถือเป็นข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการควบคุมการ

บริโภคยาสูบต่อไป

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบหลังการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการ ถือเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่จะช่วยให้เราเข้าใจถึงมุมมองของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกช่วยทำให้ทราบถึงเหตุผลที่ผู้สูงอายุเลือกที่จะมีสูบยาสูบอยู่ โดยคณะผู้วิจัยคาดว่าผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบจะเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบในผู้สูงอายุ โดยอย่างน้อยเป็นการสร้างความตระหนักถึงผลของการบริโภคยาสูบ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในผู้สูงอายุในอนาคตได้ และรวมถึงพัฒนาและประยุกต์ใช้แนวทางการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ได้จากงานวิจัยนี้กับกลุ่มคนวัยอื่นๆ ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบหลังการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการ

คำถามการวิจัย

มุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบหลังการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษามุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย ซึ่งเป็นกิจกรรมบริการวิชาการที่มีการบูรณาการเนื้อหาการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยมีนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมซักประวัติสอบถามข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น การคัดกรองภาวะสุขภาพ โดยการประเมินการหกล้ม ประเมินสภาพสมอง ประเมินการมองเห็น และประเมินพฤติกรรมการสูบยาสูบ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การบริโภคยาสูบและการรับรู้ผลกระทบของการบริโภคยาสูบของผู้สูงอายุ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชน และนักวิชาการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค

กลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการได้มาซึ่งข้อมูลของผู้รับบริการที่เข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการที่มีการบูรณาการเนื้อหาการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ได้รับการส่งเสริมความรู้และทัศนคติต่อการ ลด ละ เลิกยาสูบ จึงได้ทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทย อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีประวัติสูบบุหรี่ และยังคงสูบอยู่ สามารถอ่าน เขียน สื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการสื่อสาร การได้ยิน และการมองเห็น หรือผู้ที่มีปัญหาทางจิตหรือเชาวน์ปัญญา ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงได้ ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ (COA NO. 04/2565 ERB NO. 3/2565) โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของผู้วิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ระยะเวลาและสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย การบันทึกเสียงสนทนา ซึ่งผู้วิจัยต้องคำนึงถึงการใช้คำถามที่ไม่กระทบกระเทือนจิตใจและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล รวมไปถึงความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาข้อมูลและความลับของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานผู้นำชุมชนเพื่อขอทราบรายชื่อผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเป็น

กลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดต่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย และเชิญชวนการเข้าร่วมวิจัย โดยต้องผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ผู้วิจัยจัดขึ้นแล้ว ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วยการซักประวัติข้อมูลทั่วไป การประเมินพฤติกรรมการติดสารนิโคติน ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของการสูบยาสูบ หลังจากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้รับบริการถึงการรับรู้ด้านสุขภาพหลังจากได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยขณะทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุผู้วิจัยหลักใช้เครื่องบันทึกเสียง และมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ช่วยบันทึกเหตุการณ์ขณะทำการสัมภาษณ์ด้วยการจดบันทึก ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำการลบข้อมูลในส่วนที่เป็นเทปเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการถอดเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้โทษและผลกระทบ ความรุนแรงของการบริโภคยาสูบ และประโยชน์ของการลด ละ เลิกยาสูบ ตลอดจนเจตคติต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบกับการนำข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย มาเป็นข้อมูลที่ใช้ในการสนับสนุนการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ เพื่อนำมาสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของการบูรณาการเนื้อหาการควบคุมการบริโภคยาสูบกับการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุกับกิจกรรมการบริการวิชาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลจำนวน 6 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุอยู่ในช่วง 63-72 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังคงสูบยาสูบทั้งหมด โดยสูบยาสูบที่ทำจากใบจากมวนเองและยาสูบที่เป็นบุหรี่ซองจากโรงงานอุตสาหกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มีเพียง 1 รายที่เคยรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2 ราย เป็นโรคหอบหืด มีเพียง 1 รายที่ไม่มีโรคประจำตัว เนื่องจากไม่เคยตรวจร่างกาย ผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการบริโภคยาสูบตลอดจนสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ การรับรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคยาสูบ และเหตุผลที่ไม่ยังไม่เลิกสูบยาสูบ สามารถแบ่งประเด็นได้ดังนี้

สูบแล้วเสพติด

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าในสมัยที่ยังเป็นวันรุ่นเริ่มจากการมวนยาสูบเอง ซึ่งในสมัยนั้นสามารถหาซื้อได้ตามร้านค้าทั่วไป เมื่อเริ่มต้นสูบไปสักพักจะมีพฤติกรรมเริ่มเสพติดการสูบยาสูบ ปัจจุบันนี้ก็ยังสูบอยู่ โดยมักสูบหลังรับประทานอาหารเช้า

“ก็ตื่นมาตอนเช้ากินข้าวเสร็จ ก็สูบไปมวนนึง บางทีไม่ได้กินข้าว ก็กินไอ้...อะไรนะ...กาแฟที่เป็นซองๆ น่ะ แล้วก็ค่อยสูบ ไม่ใช่ตื่นมาแล้วสูบเลยนะ ส่วนมากก็สูบหลังกินข้าวตอนกลางวัน ตอนเย็นก็เหมือนกัน” (ผู้สูงอายุ 01)

“ปกติจะสูบก็ช่วงหลังกินข้าว กินเสร็จก็มาสูบมวนนึง สูบอยู่คนเดียวถ้าไม่มีเพื่อนสูบ สูบมานานแล้ว ว่างๆ ไม่มีอะไรทำหรอก นั่งสูบยา บางทีมันก็เพลินดี แต่ก็ไม่ได้สูบเยอะนะ เอาแค่พอหายอยาก พอมันนึกอยากสูบมันก็ต้องสูบเนาะฮ่าๆๆ” (ผู้สูงอายุ 06)

ผู้สูงอายุบางส่วนสูบเมื่อเข้าสังคมกับเพื่อน

“ส่วนใหญ่ก็สูบตอนไปเจอเพื่อนฝูง เจอกันคุยกันเขาก็สูบกัน มันก็ไม่ติดขนาดนั้นนะ แต่ว่าถ้าอยู่กับเพื่อน เวลาคุยกันมันก็มีบ้าง แต่ถ้าอยู่บ้านก็นานๆ ทีนะ ไม่ได้นึกอยากสูบหรอก บางทีเวลามีช่างมีอะไรมาซ่อมบ้าน คุยกับเขาก็สูบบ้าง ถ้าอยู่คนเดียวก็ไม่สูบ” (ผู้สูงอายุ 02)

ยาสูบเป็นทั้งมิตรและอาจมีพิษในเวลาเดียวกัน

ประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคยาสูบ แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ และการตระหนักถึงความสำคัญของการลด ละ เลิกบริโภคยาสูบได้ ซึ่งจากการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ผู้สูงอายุมีมุมมองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับประวัติการเสพติดสารนิโคติน บริบทของสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ รวมถึงการรับรู้และความเชื่อของแต่ละคน ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 มุมมองหลักๆ คือ ผู้สูงอายุบางรายรับรู้ว่ายาสูบไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทุกราย ถึงแม้ว่า

“ผมว่ามันก็ไม่เป็นอะไรนะ สูบมาตั้งนานแล้วนะ จริงๆ ยาสูบที่เอามามวนเอง ก็มีสารเคมีน้อยกว่าบุหรี่ที่เป็นซองๆ สูบมาตั้งนานแล้ว ไม่เป็นอะไร คลายเครียด ไม่มีอะไรทำ

ก็หยิบมาสูบ มันคงแล้วแต่คนนะ บางคนเขาไม่แข็งแรง เขาเป็นโรคอื่นด้วย" (ผู้สูงอายุ 01)

"สูบมาเป็นสามสิบสี่สิบปีแล้วนะ ถามว่าป่วยไหม ก็ความดันนี่แหละ ไม่รู้มันเกี่ยวกันมั้ย แต่พอแก่มาแล้วก็เป็นกันหลายคนนะ ความดัน ไขมัน บางคนไม่ได้สูบบุหรี่ยังเป็นเลย" (ผู้สูงอายุ 05)

ในขณะที่บางรายรับรู้ว่ายาสูบส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการไม่สามารถบอกได้ว่าการบริโภคยาสูบมีผลต่อสุขภาพร่างกายอย่างไร แต่เมื่อได้รับทราบข้อมูลที่มีกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ และคลิปวีดีโอที่แสดงให้เห็นโรคที่เกิดจากการสูบยาสูบ ทำให้เข้าใจมากขึ้น

"ผมก็พอรู้อยู่บ้างนะว่ามันไม่ดีต่อสุขภาพ หลังๆ มาก็เริ่มมีปัญหาความดันสูง ปวดหัว พยายามเลิกอยู่ แต่ว่าบางทีมันก็คิดอยากจะสูบ พอมีคนมาคุยด้วย คนที่สูบเหมือนกันมันก็อยากสูบกับเขา ก็เห็นว่ามันอาจจะทำให้เราเป็นมะเร็งปอด ผมก็ว่ามันอันตรายอยู่เหมือนกัน" (ผู้สูงอายุ 02)

"มันไม่ดีหรอก ผมก็บอกลูกอยู่ว่าไม่ให้สูบ เคยเข้าโรงบาลอยู่ครั้งนึง หายใจไม่ได้ มันแน่นขึ้นมาเลย หลังจากนั้นก็พยายามลดลงมา ตอนนี้เริ่มลดได้อยู่ แต่ยังเลิกไม่ได้หรอกก็มีบ้าง" (ผู้สูงอายุ 04)

ลด ละ เลิก

ผู้สูงอายุทั้งหมด ยังไม่สามารถเลิกสูบยาสูบได้ ถึงแม้จะเคย หรือพยายามลด ละ เลิก บริโภคยาสูบ แต่ก็ยังไม่สามารถเลิกได้อย่างจริงจัง และยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคยาสูบที่ไม่ถูกต้อง

เปลี่ยนชนิดยาสูบเพราะห่วงสุขภาพ เนื่องจากต้องการรักษาสุขภาพ และตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อตนเองสูงอายุมากขึ้น และเกรงคนรอบข้างจะรังเกียจกลิ่นควันของยาสูบจากตนเอง จึงเปลี่ยนจากการสูบบุหรี่ซองมาสูบยาเส้นแทน และถึงแม้จะพยายามลด ละ การบริโภคยาสูบ แต่เมื่อเข้าสังคมก็ยังคงสูบ

"เมื่อก่อนก็สูบเยอะ ทั้งแบบซองแบบมวนเอง ตอนนี้ผมเปลี่ยนจากบุหรี่ซอง มาเป็นยาเส้น ที่เอาใบจากมาม้วนเองน่ะ ยาเส้นนี่สั่งมาจากทางใต้ที่เขาทำเป็นไร่เลยนะ ไอ่...อะไรนะ เขาเรียก...โคกเมา ที่สงขลา น่ะ โทรไปสั่งเขาแล้วเขาก็มาส่ง ตอนนี้ก็เลยเปลี่ยนมาสูบแบบนี้แทน...ผมพยายามสูบให้น้อยลงนะ ผมรู้แล้วว่ามันไม่ดีต่อสุขภาพ เราก็เริ่มอายุมากขึ้น มันมีผลหลายอย่างอยู่ อยากเลิก อยากหยุด แต่เป็นพักๆ บางทีเวลาเจอคนเจอเพื่อนฝูง เวลาเขาสูบเราก็สูบกับเขาด้วย" (ผู้สูงอายุ 02)

ถ้าจะเลิก คิดว่าเลิกได้ แต่ยังไม่เลิก ผู้สูงอายุที่ยังไม่คิดที่จะลด ละ เลิกยาสูบด้วยเหตุผลที่ตนเองสูบมานานแล้ว และไม่มีแรงจูงใจที่จะช่วยเลิก โดยให้เหตุผลเรื่องนโยบายของรัฐบาลที่ควรกำหนดมาเพื่อควบคุมการผลิตและบริโภคยาสูบ

"เลิกก็ได้นะ ไม่ได้ติด แต่ก็ไม่เลิกหรอก ไม่รู้จะเลิกทำไม มันไม่ได้เป็นอะไร ก็ยังปกติดีอยู่ ไม่มีใครบอกให้เลิกนะ มีแต่เขาบอกว่าเหม็น เวลาเราสูบเราก็ออกมาสูบนอกบ้าน ไม่ได้สูบในบ้าน เราสูบแบบมวนเอง เอาใบจากมามวนเอง เป็นยาเส้นเนี่ย (ผู้สูงอายุนำซองใบจากและยาเส้นมาให้ดู) แบบนี้น่ะ สารเคมีมันน้อยกว่าแบบซอง เขาปลูกแบบธรรมชาติ" (ผู้สูงอายุ 01)

เลิกยาก ควรเลิกขาย ด้วยความที่ประชาชนสามารถหาซื้อยาสูบได้ง่าย ทั้งที่เป็นยาสูบจากโรงงานอุตสาหกรรม หรือยาสูบที่ผลิตเป็นยาเส้นขายแยกเป็นยาเส้นและใบจากสำหรับพันยาสูบ ผู้สูงอายุจึงให้ความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับด้านนโยบายของประเทศในด้านการกำหนดกฎหมาย โดยควรมีการกำหนดว่าผิดกฎหมายและห้ามขาย ซึ่งอาจไม่ใช่เพียงแค่เยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี วิธีนี้อาจจะทำให้เลิกสูบได้ง่ายขึ้น

"ก็เลิกยากอยู่เพราะยังมีขายกันทั่วไป หาซื้อได้ง่าย ถ้าจะให้ดีก็อาจจะต้องทำให้มันผิดกฎหมายไปเลย หน้าซองบุหรี่มันไม่ได้ช่วยอะไรนะ มันต้องรณรงค์กันมาตั้งแต่เด็กๆ มาให้เลิก ตอนแก่มันเลิกไม่ได้หรอก ก็สูบกันทั้งบ้าน ลูกชายก็สูบ" (ผู้สูงอายุ 01)

"ผมเคยเห็นในทีวี เขาก็ประชาสัมพันธ์นะว่าสูบบุหรี่ไม่ดี มันก็มีผลต่อสุขภาพ แต่ก็ไม่รู้ทำไมยังผลิตออกมาขาย ผมบอกเลยมันเลิกยาก เคยเลิกนะ ได้อยู่เป็นเดือน ถ้าจะเลิกมันก็เลิกได้แหละ แต่ว่ามันก็ยังคิดอยากสูบอยู่ เคยลองหยุดเหงื่อแตกเลยนะ ใจมันหวิว มือสั่น เหมือนคนจะเป็นลมเลย" (ผู้สูงอายุ 06)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ มุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมส่งเสริมความรู้ที่จัดขึ้นนั้น ส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการบริการวิชาการ โดยกิจกรรมในการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของการบริโภคยาสูบที่นักศึกษาจัดขึ้นใน

ชุมชนทั้งแบบกิจกรรมกลุ่มและการให้สุขศึกษารายบุคคล ที่มีสื่อในการนำเสนอหลากหลายรูปแบบ เช่น พัดให้ความรู้ แผ่นพับ การแสดงบทบาทสมมติ คลิปวีดีโอการ์ตูน ปอดจำลอง เป็นต้น ช่วยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการลด ละ เลิก บริโภคยาสูบ ผู้สูงอายุทราบว่าการลด ละ เลิก บริโภคยาสูบจะเป็นผลดีต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ ลือกลาง ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ พบว่ากิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ควรมีการใช้สื่อ เทคนิควิธีการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวและสร้างแรงจูงใจใจการเลิกบุหรี่[14]

แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถลด ละ การบริโภคยาสูบได้นั้น บางส่วนเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง และบางรายเคยมีปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งยังไม่สามารถเลิกบริโภคยาสูบได้ เนื่องจากเป็นพฤติกรรมการเสพติด มีเพียงบางรายที่พยายามลด ละ การบริโภคยาสูบ เพราะต้องการเลิกเพื่อสุขภาพของตนเอง เพื่อลูกหลาน และเพื่อเข้าสังคมได้โดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีคนรำคาญและไม่ชอบกลิ่นของยาสูบจากตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Levy และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ที่เลิกบุหรี่หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ที่เลิกสูบจะมีสุขภาพทางกายที่ดีกว่าผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่[15] ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในคนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ลด ละ เลิกบริโภคยาสูบแล้วจะมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น เช่น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ลดความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและการเข้าสังคมได้ปกติ ไม่ต้องกังวลว่าจะมีคนรังเกียจกลิ่นเหม็นบุหรี่[16] และด้วยเหตุนี้บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการช่วยผู้สูงอายุเลิกยาสูบได้ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้ความรู้และช่วยเหลือผู้สูงอายุในการให้ข้อมูลเพื่อช่วยตัดสินใจเลิกบริโภคยาสูบ[17]

หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นผลจากการสูบเองโดยตรง หรือผลจากการได้รับควันจากยาสูบของผู้ที่สูบใกล้ชิด หรือที่เรียกว่า “บุหรี่มือสอง” ซึ่งก่อนหน้านี้ผู้สูงอายุหลายคนที่มีความรู้เกี่ยวกับโทษ ผลกระทบของยาสูบ และแนวทางในการลด ละ เลิกยาสูบ ไม่เพียงพอและไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการการลด ละ เลิกการสูบยาสูบ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ยังไม่ต้องการเลิกยาสูบ เนื่องจากไม่ทราบถึงผลกระทบจากการสูบยาสูบในแต่ละระบบของร่างกาย แต่เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการที่นักศึกษาจัดขึ้น ผู้สูงอายุสามารถบอกได้ว่าผู้ที่สูบยาสูบมีโอกาสได้รับผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง การเข้าสังคม บางรายเริ่มมีความรู้สึกว่าต้องการลดจำนวนลง แต่ต้องหาแรงจูงใจเพราะเสพติดไปแล้ว

นอกจากนี้ ยังมีผู้สูงอายุหลายรายที่เปลี่ยนจากการสูบบุหรี่ซอง เป็นยาสูบที่ทำจากใบจากเพราะเชื่อว่ามีสารพิษน้อยกว่าบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุยังมีความรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของการสูบยาสูบไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีทัศนคติด้านสุขภาพที่เชื่อว่า เมื่อสูงอายุแล้วเป็นธรรมดาที่จะเกิดการเจ็บป่วยและมีโรค โดยที่ผู้สูงอายุไม่สนใจว่าโรคนั้นมีสาเหตุมาจากการบริโภคยาสูบหรือไม่ เหตุผลต่อมาคือการที่ผู้สูงอายุเสพติดการสูบยาสูบทำให้มีความยากลำบากในการลด ละ เลิก หรือเลิกสูบไม่ได้ และผู้สูงอายุไม่มีแรงจูงใจในการเตรียมตัวเพื่อเลิกสูบยาสูบ ซึ่งหากกล่าวถึงในด้านพฤติกรรม เป็นที่ทราบกันว่าการสูบยาสูบเป็นเวลานานถือเป็นการเสพติดอย่างหนึ่ง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุยังไม่สามารถเลิกสูบยาสูบได้ และยังไม่มีแรงจูงใจ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ต้องการเลิก และพยายามเลิกสูบยาสูบอยู่นั้นมีความเข้าใจและตระหนักถึงโทษและผลกระทบของการสูบยาสูบ และพยายามหาแรงจูงใจในการเลิกสูบยาสูบอยู่

จากที่กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับแรงจูงใจหรือความมั่นใจของผู้สูงอายุในการลด ละ เลิกบริโภคยาสูบทำให้ทราบว่าการที่ผู้สูงอายุยังต้องการแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชมุชน และคนรอบข้าง ในการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเพื่อลด ละ เลิกบริโภคยาสูบ ซึ่งเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลสามารถส่งเสริมกระบวนการคิดให้แก่ผู้สูบบุหรี่เกิดความมั่นใจที่จะเลิกสูบ โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่ผู้สูบจะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่นั้นเกิดจากแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนด้วย[18]

จากผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุยังไม่มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลชัดเจนจึงยังไม่มีแรงจูงใจให้เลิก และยังสามารถซื้อยาสูบได้ทั่วไป จะเห็นได้ว่าปัจจัยนี้ที่อาจส่งผลต่อการไม่คิดจะเลิกยาสูบของผู้สูงอายุ ซึ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจ

(motivation interviewing) ถือเป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจะต้องมีการตอบสนองที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลง การใช้หลักในการสนทนาที่เริ่มจากการสอบถามและเน้นให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องตั้งแต่เริ่มต้นสูบยาสูบ สอบถามความรู้สึก และความต้องการในการ ลด ละ เลิก สูบยาสูบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตนเองว่ามีความต้องการเหล่านี้หรือไม่ สอดคล้องกับแนวทางในการช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้ ลด ละ เลิก ยาสูบ[19] ซึ่งสามารถกล่าวได้ว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะส่งผลการส่งเสริมให้พฤติกรรมการเลิกสูบยาสูบได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย

1. การรณรงค์การลด ละ เลิกบริโภคยาสูบที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการไม่บริโภคยาสูบ รวมทั้งยังมีการซื้อขายกันได้ทั่วไป จึงควรมีการจัดบูรณาการเนื้อหาการควบคุมการบริโภคยาสูบในกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้กับนักศึกษาพยาบาล และรวมถึงนักเรียนตั้งแต่ระดับประถมศึกษา

2. ผู้สูงอายุยังไม่ทราบแน่ชัดถึงผลกระทบของยาสูบต่อสุขภาพของตนเอง จึงควรจัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาอย่างทั่วถึงในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุที่บริโภคยาสูบสามารถเข้าถึงและขอรับคำปรึกษาได้

3. จากกรณีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่มีผลมาจากการบริโภคยาสูบและเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุพยายามลดการบริโภคยาสูบแต่ยังไม่สามารถทำได้จึงเปลี่ยนชนิดของยาสูบจากบุหรี่ซองเป็นยาเส้นนั้น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเช่นนี้ควรได้รับการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโทษและผลกระทบพร้อมให้คำแนะนำในการเลิกยาสูบ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการฟื้นฟูสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

จากมุมมองของผู้สูงอายุที่เริ่มรับรู้ถึงโทษของยาสูบหลังเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการ แต่ยังไม่สามารถ เลิกสูบยาสูบได้นั้น แสดงให้เห็นถึงการมีความตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น จึงเสนอว่าควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการเลิกยาสูบ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการช่วยเลิกยาสูบให้แก่ผู้ที่เสพติดยาสูบต่อไป

References

1. Samet J M. Tobacco Smoking. Thoracic Surgery Clinics. 2013;23(2): 103–12.
2. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2014.
3. National Statistic Office of Thailand. The 2021 Survey The Older Persons In Thailand. Social Statistic Division: Bangkok. 2022. (in Thai)
4. Zhao J, Kelly M, Bain C, Seubsman S A, Sleigh A & Thai Cohort Study Team. Risk factors for cardiovascular disease mortality among 86866 members of the Thai Cohort Study, 2005-2010. Global journal of health science. 2015;7(1): 107–14.
5. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of The Thai Older Person 2021. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Nakhon Pathom. 2022.
6. Ciumărnean L, Milaciu M V, Negrean V, Orăşan O H, Vesa S C, Sălăgean O, Ilut S & Vlaicu S I. Cardiovascular Risk Factors and Physical Activity for the Prevention of Cardiovascular Diseases in the Elderly. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 207(19): 1-16.

7. Mons U, Muezzinler A, Gellert C, Schottker B, Abnet CC, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: Meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the chances consortium. British Medical Journal. 2015;350:h1551.
8. Popova L, Majeed B, Owusu D, Spears C A & Ashley D L. Who are the smokers who never plan to quit and what do they think about the risks of using tobacco products?. Addictive behaviors. 2018;87: 62–8.
9. Owusu D, Quinn M, Wang K-S, Aibangbee J, & Mamudu HM. Intentions to quit tobacco smoking in 14 low-and middle-income countries based on the transtheoretical model. Drug and alcohol dependence. 2017;178, 425–29.
10. Saadiem W, Pumprawai A & Rongmuang D. The Effect of The Modifying Smoking Behavior Program of Woking Men in Chaiya District, Suratthani Province. Journal of Graduate Research. 2016;7(1): 85-100. (in Thai)
11. Ampaipun U, Chanmolee S & Suwan P. The Development of Smoking Cessation Model for The Elderly in Sub-district Health Promoting Hospital of Nakhon Pathom Province. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2020;5(3): 1-19.
12. Jordan H, Hidajat M, Payne N, Adams J, White M & Ben-Shlomo Y. What are older smokers' attitudes to quitting and how are they managed in primary care? An analysis of the cross-sectional English Smoking Toolkit Study. British Medical Journal. 2017;7(11): 1-9.
13. Chang C P, Huang W H, You C H, Hwang L C, Lu I J, & Chan H L. Factors Correlated with Smoking Cessation Success in Older Adults: A Retrospective Cohort Study in Taiwan. International journal of environmental research and public health. 2019;16(18): 3462.
14. Lueklang S. The Development of a Smoking Cessation Assistance Model for Smoking Addicted Adults in Primary Care Units. (Thesis). Bangkok. Mahidol University; 2013. (in Thai)
15. Levy DE, Chang Y, Regan S, Tindle HA, Singer DE, Rigotti NA. Improvements in health – related quality of life among smokers who quit after hospitalization. Preventive medicine. 2018;110(2): 38–46.
16. Mitkitti R, Thammatha P, Laosunthara K & Laosunthara C. Quality of Life among Successful Quit Smokers, Mae RaiSub-district Health Promoting Hospital, Mae Chan District, Chiang Rai Province. Health Science Journal of Thailand. 2016;4(1): 44-53. (in Thai)
17. Thanomsat K, Wichentnont S, Wannarit L & Meesukmak N. The Effect of Health Literacy on Smoking Cessation Aid Program (HLSCAP) on Health Literacy and Perceived Skills in Helping Smoking Cessation among Village Health Volunteers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1): 415-22. (in Thai)
18. Natetipawan P, Lagampan S & Kalampakorn S. The Effectiveness of A Smoking Cessation Program Application The Stage of Change Theory for Metropolitan Police. Journal of The Police Nurses. 2017;9(1): 82-93. (in Thai)
19. Miller W R & Rollnick S. Motivational Interviewing: preparing people for change (2nd ed.). New York, Guilford Press. 2002.

ผลของโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

The Effect of Brain, Mind, and Learning Program combined with Zumba Exercise Training on Executive Functions of the Brain among 10th Grade Students

ภุชงค์ พุแค ศศินันท์ ศิริธาดากุลพัฒน์* วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์
Phuchong Phukhae Sasinan Sirithadakunlaphat* Warakorn Supwirapakorn
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20130
Faculty of Education, Burapha University, Chonburi, Thailand 20130

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน โดยใช้การจับคู่คะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง จากแบบวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองขั้นสูง (ฉบับประเมินตนเอง) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า 2) แบบวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองขั้นสูง (ฉบับประเมินตนเอง) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทั้งสิ้น 9 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม เมื่อพบความแตกต่างทำการทดสอบด้วยวิธีทดสอบรายคู่แบบบอนเฟอโรนี ผลการวิจัยพบว่า 1) นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ระยะหลังทดลองสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 2) นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ระยะติดตามผลสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 3) นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ระยะก่อนทดลองกับติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การออกกำลังกายแบบซุมบ้า, โปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้, หน้าที่บริหารจัดการของสมอง

Corresponding Author: *E-mail: sasinan@go.buu.ac.th

วันที่รับ (received): 10 ก.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised): 25 ก.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ต.ค. 2565

Abstract

This research was a quasi - experimental research. It aimed to study the effect of brain, mind, and learning program with Zumba exercise training on executive functions of the brain among 10th grade students. The samples, 52 10th grade students, were randomly assigned to either the experimental group or the control group (26 for each group) by matching the executive functions scores using the Executive Function Self Evaluate Report (EFSER). The research instruments were 1) EFSER 2) brain, mind, and learning program combined with Zumba exercises developed by the researcher. The program consisted of 9 sessions, lasted for 60 minutes for each session. The outcomes were measured at 3 time points for analysis: pre-test, post-test, and follow-up phases. The data were analyzed by a repeated-measures analysis of variance and paired-different test by Bonferroni method. The results showed that 1) The executive functions of the brain of students in the experimental group were higher than the control group in the post-test phase with statistically significant differences at the .05 level, 2) The executive functions of the brain of students in the experimental group were higher than the control group in the follow-up phase with statistically significant differences at the .05 level, 3) The experimental group had executive functions of the brain in the post-test phase higher than in the pre-test period with statistical significant differences at the .05 level, and 4) The executive functions of the brain of students in the experimental group in the follow-up period and the pre-experimental period were not statistically significant difference.

Keywords: Brain, Mind, and Learning Program, Executive functions, Zumba exercise training

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) กระทรวงศึกษาธิการประกาศปิดสถานศึกษาทุกระดับทุกประเภท ทั้งของรัฐและเอกชน ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2563 ทั้งนี้ให้สถานศึกษาจัดการศึกษาระบบออนไลน์แทนการศึกษาในโรงเรียน เนื่องจากชีวิตในโรงเรียนไม่ได้มีเพียงการเรียนรู้ในแง่วิชาการเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการฝึกให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การศึกษาระบบออนไลน์จึงทำให้เด็กขาดโอกาสสำคัญในการเรียนรู้ชีวิต ขาดการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ หรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก ถือเป็นบทเรียนชีวิตที่สำคัญของเด็กที่จะได้เรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมต่อไปในอนาคต ซึ่งโรงเรียนจะเสมือนกับการย่อส่วนของสังคมให้เด็กได้ทดลองปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวตนเอง เด็ก ๆ จะได้เห็นและเรียนรู้ทั้งตัวอย่างที่ดีและตัวอย่างที่ไม่ดี ทั้งชอบและไม่ชอบ ทั้งหวังดีและมุ่งหวังเอาเปรียบ กระบวนการเหล่านี้ครอบคลุมถึงการพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executive functions; EF) ทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากการพัฒนา EF สามารถกระทำได้ผ่านการใช้ชีวิตประจำวัน เด็ก ๆ จะเรียนรู้และซึมซับสิ่งเหล่านี้ทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการที่มีส่วนช่วยในการเรียน ไม่ว่าจะเป็นทักษะ EF ขั้นพื้นฐาน เช่น ความยับยั้งชั่งใจ ไม่ไปสนใจสิ่งอื่นระหว่างการเรียน และความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่อาจจะเกิดขึ้น หรือ EF ขั้นสูง เช่น การจดจ่อใส่ใจกับบทเรียน ควบคุมตัวเอง การริเริ่มลงมือทำ หรือการวางแผนในการทำงานส่งคุณครูให้ทันกำหนด เป็นต้น[1]

บริเวณของสมองที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คือ พรีฟรอนทอลคอร์เท็กซ์ (Prefrontal cortex) หรือกลีบสมองหน้าผาก อยู่ในชั้นของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ที่เรียกว่า Prefrontal region[2] พรีฟรอนทอลคอร์เท็กซ์เป็นสมองส่วนที่พัฒนาหลังสุด โดยจะเจริญเติบโตเต็มที่ช่วงที่บุคคลย่างเข้าสู่วัยรุ่น เป็นส่วนควบคุมร่างกายและจิตใจ การวางแผนงานล่วงหน้า และมีความรับผิดชอบ หากหน้าที่บริหารจัดการของสมองบกพร่อง เด็กจะขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง มีความสนใจจดจ่อต่ำ ส่งผลต่อปัญหาทางด้านการเรียนรู้และมีพฤติกรรมปัญหาเช่น การใช้ยาเสพติดในวัยรุ่น อีกทั้งเป็นสาเหตุอาการออทิสติก โรคสมาธิสั้น โรคซึมเศร้า-อารมณ์

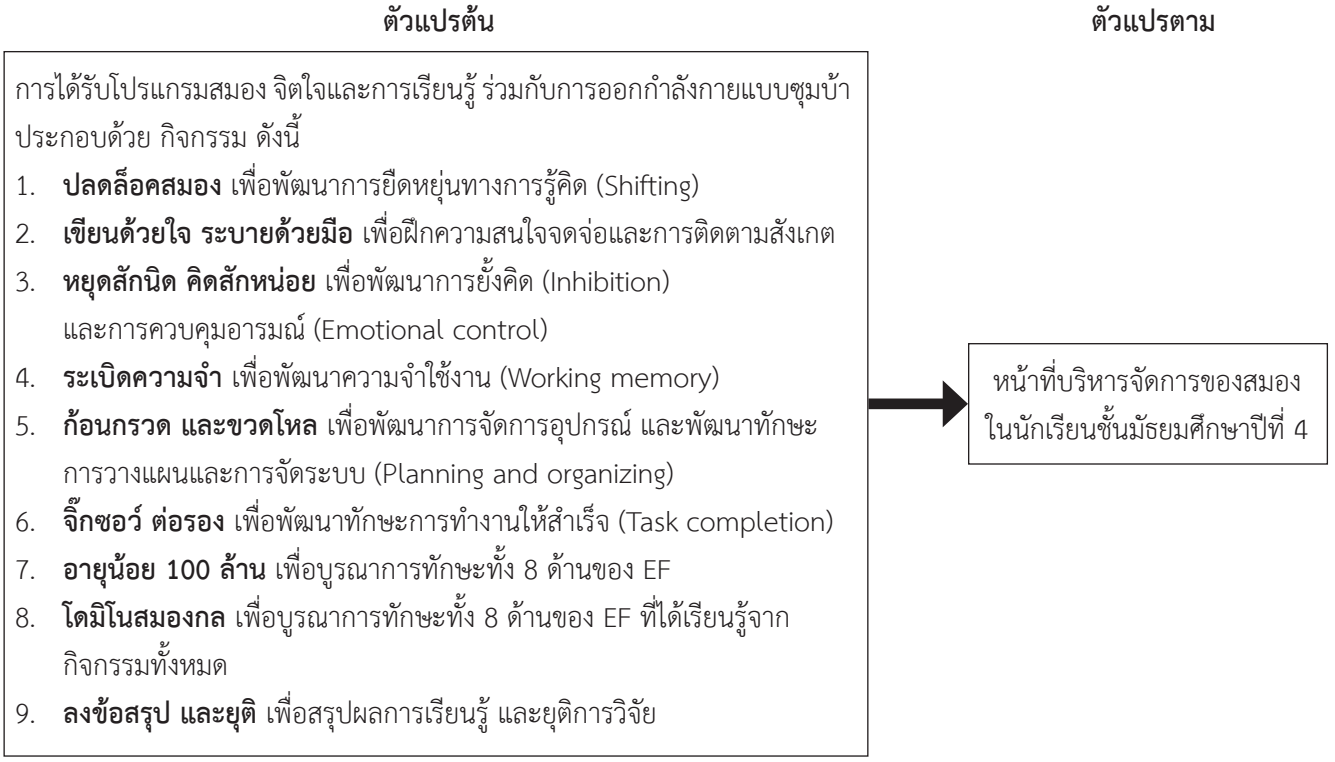
สองขั้ว กลุ่มโรคจิตเภท รวมถึงมีสุขภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ และมีโอกาสเป็นอาชญากรในอนาคต[3] สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับวัยรุ่น (PEFs-A) ที่พบว่า หน้าที่บริหารจัดการของสมองลดลงมากที่สุดในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3[4]

การเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองจำเป็นต้องใช้ความรู้ทั้งด้านสมอง จิตวิทยา และการศึกษา กล่าวคือ วิธีการพัฒนาดังกล่าวต้องเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องและสนับสนุนการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ (Brain activities)[5] และส่งเสริมการเพิ่มการทำหน้าที่ของเครือข่ายสมอง ร่วมกับความรู้ทางด้านจิตวิทยาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น อารมณ์ผ่อนคลายช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของสมองผ่านจิตใจ (Brain and Mind) และมีความเหมาะสมกับพัฒนาการของผู้เรียน หน้าที่บริหารจัดการสมองดังกล่าวยังสามารถพัฒนาได้ ด้วยการฝึกฝนผ่านวิธีการต่าง ๆ[6] การพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองโดยใช้หลักการเรียนรู้ 12 ข้อของสมองและจิตใจ คือ 1) การเรียนรู้เกิดจากการกระทำทั้งหมดของร่างกาย 2) สมอง จิตใจเป็นสังคม 3) การหาความหมายของบุคคลมีมาตั้งแต่กำเนิด 4) การหาความหมายของบุคคลเกิดขึ้นผ่านแบบแผน 5) อารมณ์เป็นภาวะวิกฤติของแบบแผน 6) กระบวนการของสมอง-จิตใจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน 7) การเรียนรู้เกี่ยวข้องกับความสนใจเฉพาะกับการรับรู้จากประสาทสัมผัสส่วนปลาย 8) การเรียนรู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก 9) การสร้างความจำ มีอย่างน้อย 2 วิธี คือ การจำแบบมิติสัมพันธ์ และการท่องจำ 10) การเรียนรู้เป็นพัฒนาการ วุฒิภาวะและการเรียนรู้เดิมของผู้เรียน 11) การเรียนรู้ที่ซับซ้อนเกิดขึ้นโดยการสร้างความท้าทาย และถูกยับยั้งจากภาวะคุกคาม 12) สมองมีการจัดระบบที่มีความเป็นเอกลักษณ์[7] การออกกำลังกายถือได้ว่า เป็นส่วนที่สำคัญส่วนหนึ่งในการพัฒนาสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) มีผลต่อการสังเคราะห์ Brain-Derived Neurotrophy Factor (BDNF) สัมพันธ์กับการรู้คิด อารมณ์ และความจำ งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) เช่น การวิ่ง จ็อกกิ้ง การเต้นแอโรบิค การเต้นซุมบ้า ฯลฯ ในระดับปานกลาง-สูง ส่งผลต่อการเพิ่มการสังเคราะห์ของ BDNF ในเลือด และในสมองถึง 3 เท่า ระดับการออกกำลังกายสัมพันธ์ในเชิงบวกกับระดับของ BDNF ที่สูงขึ้น[8] ซึ่งทำให้เซลล์ประสาท ของสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) และคอร์เท็ก (Cortex) เจริญเติบโตอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[9]

ทั้งนี้ข้อมูลจากผลการเรียนโดยเฉลี่ยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนหอวัง ในปีการศึกษา 2563 เทอมที่ 1 ที่มีการเรียนการสอนในรูปแบบปกติ สูงกว่าเทอมที่ 2 ที่มีการศึกษาระบบออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 63.00 และร้อยละ 48.80 ตามลำดับ ผู้วิจัยพบว่านักเรียนไม่มีสมาธิในการเรียน ขาดการควบคุมตนเอง ขาดการเตรียมความพร้อมในการเข้าเรียน และในการทำกิจกรรมต่างๆ ลืมงานที่ได้รับมอบหมาย ขาดความสนใจจดจ่อ ผลัดวันประกันพรุ่ง ขาดการวางแผนการจัดการระบบ และการจัดลำดับความสำคัญ ฯลฯ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในการออกแบบกิจกรรมมีการประยุกต์ใช้หลักการเรียนรู้ 12 ข้อ ของสมอง และจิตใจ (12 BML) ฝึกร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทั้งสิ้น 9 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และทำการวัดผลการพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ด้วยแบบวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองขั้นสูง (ฉบับประเมินตนเอง) ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า มีผลต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

คำถามวิจัย

โปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า มีผลต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เมื่อเทียบกับการเรียนการสอนในรูปแบบปกติหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานของการวิจัย

1. นักเรียนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในระยะหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. นักเรียนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. นักเรียนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
4. นักเรียนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง

วิธีดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลหลังการทดลอง 3 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนหอวัง ปีการศึกษา 2564 จำนวน 635 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนหอวัง อายุ 16 - 18 ปี ที่ได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนด Test family ด้วย F - tests กำหนด Statistical test ด้วย ANOVA: Repeated measures, within - between interaction ให้ค่า Effect size เท่ากับ 0.25 ค่า β err prob เท่ากับ .05 ค่า Power (1 - β err prob) เท่ากับ 0.95 จำนวน 2 กลุ่มทดสอบผลการทดลอง 3 ระยะ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขั้นต่ำ 44 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เป็น 52.80 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็น 52 คน เพื่อป้องกันถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย โดยประกาศรับสมัครนักเรียนที่มีความสนใจ และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่องตามวันและเวลาในแผนการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดการวิจัย โดยทำการทดสอบหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยแบบวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองขั้นสูง (ฉบับประเมินตนเอง) จับคู่คนที่มีคะแนนการทดสอบในระยะก่อนทดลองใกล้เคียงกันแยกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้งขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ หรือกลุ่มตัวอย่างที่ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยก่อนสิ้นสุดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่รับรอง 4.1-12/2564 ลงวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้หลักการเรียนรู้ 12 ข้อ ของสมอง/จิตใจ (Brain/Mind learning principle: 12 BML) ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยโปรแกรมได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาศาสตร์ด้านจิตวิทยา จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ด้านสุขศึกษาและพลศึกษา และนักกิจกรรมบำบัด จำนวน 5 ท่าน และการทำปรับปรุงจากการทดลองใช้ (Tryout) กับนักเรียนชั้น ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนหอวัง จำนวน 30 คน

2. แบบวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองขั้นสูง (ฉบับประเมินตนเอง)[10] เป็นแบบวัดที่มีลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ จริงที่สุดให้ 4 คะแนน ค่อนข้างจริงให้ 3 คะแนน ค่อนข้างไม่จริงให้ 2 คะแนน และไม่จริงให้ 1 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมาก หมายถึง มีระดับความสามารถในทักษะหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย แบบวัดประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงรายข้อมีค่ามากกว่า .80 ทุกข้อ และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงทั้งหมดมีค่า เท่ากับ .86 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ตั้งแต่ .27 ถึง .65 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดมีความสอดคล้องภายในตามวิธีของครอนบาค เท่ากับ .92 มิติด้านปัญญามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86 และมิติทางพฤติกรรมมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89 แสดงให้เห็นว่า แบบวัดมีคุณภาพด้านความเชื่อมั่นในระดับดีมาก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-Measures analysis of variance: One between-subject variable and one within-subject variable) และเมื่อพบความแตกต่าง ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยการทดสอบ Mauchly's Test of Sphericitya

ผลการวิจัย

ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 พบว่า ระยะก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองใกล้เคียงกัน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 109.27 (SD = 9.535) และ 108.50 (SD = 8.842) ตามลำดับ หลังทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หน้าที่บริหารจัดการของสมอง เป็น 116.65 (SD = 8.940) และ 109.42 (SD = 7.289) ตามลำดับ ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หน้าที่บริหารจัดการของสมอง เป็น 114.23 (SD = 10.482) และ 109.12 (SD = 6.784) ตามลำดับ ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ระยะหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง เท่ากับ 7.38 ส่วนระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง เท่ากับ 4.96 ส่วนกลุ่มควบคุม ระยะหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง เท่ากับ 0.92 ส่วนระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง เท่ากับ 0.62

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

Source of Variation	SS	df	MS	F	p	η^2
Between Subjects	9738.173	51.000	925.247			
Group	745.391	1	745.391	4.144*	.047	.077
Error	8992.782	50	179.856			
Within Subjects	3206.667	55.684	744.739			
Interval	466.167	1.071	435.326	9.481*	.003	.159
Interval X Group	282.167	1.071	263.499	5.739*	.018	.103
Error (Interval)	2458.333	53.542	45.914			
Total 12944.840	106.684	1669.986				

*P < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และวิธีการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล

ระยะการทดสอบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		SS	MS	F	P	η^2
	M	SD	M	SD					
ก่อนทดลอง	109.27	9.535	108.50	8.842	7.692	7.692	0.091	.764	.002
หลังทดลอง	116.65	8.940	109.42	7.289	679.692	679.692	10.217*	.002	.170
ติดตามผล	114.23	10.482	109.12	6.784	340.173	340.173	4.364*	.042	.080
SS	736.846		11.487						
MS	368.423		5.744						
F	10.141*		.447						
P	.000		.642						
η^2	.289		.018						

*P < .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองระยะหลังทดลองและติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงดำเนินการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) แสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล โดยการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

Source	MD	SE	P
หลังทดลอง – ก่อนทดลอง	7.385*	1.916	.002
ติดตามผล – ก่อนทดลอง	4.962	2.132	.085
หลังทดลอง – ติดตามผล	2.423*	.408	.000

*P < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองของกลุ่มทดลองระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แต่ระยะติดตามผลกับก่อนทดลองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิธีการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 รวมถึงระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองมีผลต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองของกลุ่มทดลองระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล เป็น 109.27, 116.65 และ 114.23 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมเป็น 108.50, 109.42 และ 109.12 ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงขึ้นในระยะหลังทดลองและติดตามผล แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่า มีคะแนนสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยในระยะหลังทดลอง และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกัน จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการเล่นพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างการควบคุมยับยั้ง ในนักเรียนประถมศึกษา ที่พบว่า มีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะการควบคุมยับยั้ง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05[11] จึงสรุปได้ว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันจะได้ผลการทดลองที่แตกต่างกัน ซึ่งเรียกว่า มีปฏิสัมพันธ์กัน

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งระยะหลังทดลองและติดตามผลพิจารณาในระยะก่อนทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 109.27 และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 108.50 แตกต่างกัน 0.77 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างที่มีความเท่าเทียมกันทั้งสองกลุ่ม แต่ในระยะหลังทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง 116.65 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยเพียง 109.42 แตกต่างกัน 7.23 จึงกล่าวได้ว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และในระยะติดตามผลกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง 114.23 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยเพียง 109.12 แตกต่างกัน 5.11 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นกัน จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังทดลองและติดตามผล เป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย ข้อที่ 1 และ 2 อธิบายได้ว่าวิธีการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4

ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดและหลักการของหลักการเรียนรู้ของสมอง/จิตใจ (Brain/Mind leaning principles) สามารถพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้ เนื่องจากหลักการดังกล่าวเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการพัฒนาด้านประสาทวิทยาศาสตร์ (Neuroscience) ชีววิทยา (Biologically) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการและการทำงานของสมอง เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการจัดการศึกษาที่อาศัยความเข้าใจการทำงานของสมองมาปรับใช้ รวมถึงการนำองค์ความรู้เรื่องสมองและธรรมชาติ

ของการเรียนรู้ของสมองมาใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนรู้ ในด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การเสริมสร้างประสบการณ์ ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อม และกระบวนการอื่น ๆ ร่วมกับสื่อ เพื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ ทำให้ผู้เรียนสนใจ เข้าใจ เรียนรู้ และเก็บความทรงจำระยะยาวได้ดียิ่งขึ้น สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้มาใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม เป็นการสร้างศักยภาพขั้นสูงในการเรียนรู้ของมนุษย์[12] สอดคล้องกับการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนกิจกรรมเสรีตามแนวคิดเครื่องมือทางปัญญาและการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองของเด็กอนุบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองของกลุ่มทดลองระยะหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05[13] และผลการศึกษาโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมองของนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจำนวนที่ตอบถูกทั้งหมด ในระยะหลังทดลอง และติดตามผลสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05[14]

3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนทดลองเป็น 109.27 และหลังทดลองเป็น 116.65 พบว่า คะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี พบว่า คะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย ข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า โปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซุมบ้า ที่ให้กับกลุ่มทดลองมีผลให้กลุ่มทดลองมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับผลการพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับวัยรุ่นโดยหลักสูตรการเรียนรู้แบบบูรณาการ (EEFs-Ado) พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับหลักสูตร EEFs-Ado มีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมองระยะหลังทดลองน้อยกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองของวัยรุ่น[15] และเนื่องจากการออกกำลังกายถือได้ว่า เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดส่วนหนึ่งในการพัฒนาสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ของมนุษย์ และการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) เช่น การวิ่ง จ็อกกิ้ง การเต้นแอโรบิค การเต้นซุมบ้า ฯลฯ ผลสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งต่อสมองของการออกกำลังกาย คือ การสังเคราะห์ Brain-Derived Neurotrophy Factor (BDNF) ซึ่งเป็นฮอร์โมน neuropeptide ที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเพิ่มการส่งสัญญาณแบบ BDNF ในสมองอีกด้วยและสัญญาณที่เพิ่มสัมพันธ์กับการรู้คิด อารมณ์ และความจำ งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับปานกลาง-สูง เช่น การวิ่ง การว่ายน้ำ และการเต้นซุมบ้า ส่งผลต่อการเพิ่มการสังเคราะห์ของ BDNF ในเลือดและในสมองถึง 3 เท่า ระดับการออกกำลังกายสัมพันธ์ในเชิงบวกกับระดับของ BDNF ที่สูงขึ้น[8] ซึ่งทำให้เซลล์ประสาทของสมองส่วนหน้า ฮิปโปแคมปัส และคอร์เท็ก เจริญเติบโตอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[9] สอดคล้องกับการศึกษาการออกกำลังกายแบบซุมบ้าต่อความรู้ความเข้าใจและคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทดสอบทางระบบประสาทและระดับของการออกกำลังกาย ในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสรุปได้ว่า การออกกำลังกายแบบซุมบ้าช่วยเสริมประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยความจำในการมองเห็นในสตรีสูงอายุที่บกพร่องทางสติปัญญา[16]

4. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง โดยระยะหลังทดลองเป็น 114.23 ก่อนทดลองเป็น 109.27 พบว่า มีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี พบว่า คะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 4 อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดให้กับกลุ่มทดลองมีความคงทนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มทดลองไม่มากพอ เนื่องจากการทดลองจัดกิจกรรมด้วยวิธีออนไลน์ จึงขาดกระบวนการกลุ่ม (Group dynamic) ซึ่งกระบวนการกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับสภาพกลุ่มคนเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกัน ทำงานร่วมกันภายใต้อิทธิพลของกลุ่มที่จะบีบบังคับพฤติกรรม เพื่อให้กลุ่มแสดงศักยภาพออกมาในทิศทางเดียวกันและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ นั่นคือ เราสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมพัฒนากลุ่มบุคคลให้ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการในระยะเวลาอันสั้น โดยได้ทั้งความสนิทสนม ความสนุกสนาน การพร้อมที่จะร่วมมือกันในการทำงานต่อไป[17] จากการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ทางสังคมและความคิด (Cognition–Social Learning Theory) ของ Bandura พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยควรมีช่องทาง

การเรียนรู้ผ่านการสังเกต และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่าการพูดหรือการสอน[18] ดังนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยควรได้รับการฝึกปฏิบัติการฝึกซ้อม (Rehearsal) การกระทำซ้ำ ๆ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) มากกว่าการสอนเพียงอย่างเดียว[19] รวมถึงปัจจัยจากตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ลดลง[20] สอดคล้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการทำงานและพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานที่ปฏิบัติงานในนิคมอุตสาหกรรมอมตะนคร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า แม้พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติเป็นประจำ แต่หากเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานจนละเลยเรื่องความปลอดภัย ก็อาจส่งผลให้เกิดอันตรายได้ ซึ่งหากต้องการให้เกิดพฤติกรรมที่คงทนและยั่งยืน ควรมีปัจจัยร่วมทั้งทางด้านกฎระเบียบและข้อบังคับเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ที่มีอิทธิพลต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและพฤติกรรมความปลอดภัยในระดับที่มาก และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัย[21]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้ที่สนใจนำผลการวิจัยไปใช้ ควรศึกษารายละเอียดของกิจกรรม และวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ใช้ฝึกในแต่ละครั้งให้เข้าใจ เพื่อที่จะสามารถนำไปปรับใช้และดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านนโยบายผู้บริหารสถานศึกษา ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองของนักเรียน โดยให้ครูผู้สอน ครูแนะแนว นักกิจกรรม นำผลการวิจัยไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสมอง จิตใจและการเรียนรู้ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบชุมบ้า ต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายของแต่ละช่วงวัย เช่น ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับอุดมศึกษา วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบออนไซต์ (On-site) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมกับผลการวิจัยในรูปแบบออนไลน์ (Online)

References

1. Siripornpanich V. Covid-19 virus crisis with the missing opportunity of the child. Thai Health Promotion Journal. 2021; 30(3), 427-37.
2. Miller, E. K., Freedman, D. J., & Wallis, J. D. The prefrontal cortex: categories, concepts and cognition. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences. 2002; 357(1424), 1123-36.
3. Moffitt T. E., Arseneault L., Belsky D., Dickson N., Hancox R. J., Harrington H., . . .Caspi, A. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2011; 108(7), 2693-98.
4. Haenjohn J. A development of executive functions of the brain of adolescent by integrative learning modules. Journal of Faculty of Education, Burapha University. 2017; 28(2): 130-44. (In Thai)
5. Haenjohn J. Cognitive psychology. 2nded. Bangkok: Grandpoint; 2019. (In Thai)
6. Diamond A. Activities and Programs That Improve Children's Executive Functions. Psychological Science. 2012; 21(5): 335-41.
7. Caine RN, Caine G, Mc Clintic C, Klimek KJ. 12 Brain/ Mind learning principles in action: Developing executive function brain of human. 2nd ed. CA: Corwin Press; 2009.
8. Zschucke E, Gaudlitz K, Ströhle A. Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. Journal of preventive medicine and public health. 2013; 46(1): 12-21.

9. Diamond A. The early development of executive functions. In: Bialystok E, Craik F, editors. Lifespan Cognition: Mechanisms of Change. New York: Oxford University Press; 2006.
10. ChankhaChon K, Naiyapatana O, Ngudgratoke S. Construction of an Executive Function Self Evaluate Report Scale for Grade 10–12 in the Secondary Educational Service Area Office in Bangkok. Research Methodology & Cognitive Science. 2017; 15(2): 1142-55. (In Thai)
11. Somsri T, Haenjohn J, Supwirapakorn W. A Development of Inhibitory Control Based on Thai Traditional Game Training Program in Elementary School Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2): 222-30. (In Thai)
12. Joyce B, Weil M, Calhoun E. Models of Teaching, Allyn and Bacon. London, 2000.
13. Ooppakarn D, Kulapichitr U. A development of instructional process in free play activities based on tools of the mind and brain based learning approaches to enhance executive functions of kindergarteners. Journal of Education Studies. 2019; 47(3): 217-37. (In Thai)
14. Pahirun P, Haenjohn J, Sirithadakunlaphat S. The Effects of Brain Mind and Learning Training Program on Executive Functions of the Brain of Primary School Students. Ratchaphruek Journal. 2018; 16(3): 64-71. (In Thai)
15. Haenjohn J, Sirithadakunlaphat S, Supwirapakorn W. Development of training on promoting executive functions of the brain in adolescent. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(2): 220-29. (In Thai)
16. Cynthia A. Impact of zumba on cognition and quality of life is independent of apoe 4 carrier status in cognitively unimpaired older women: A 6-month randomized controlled pilot study. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. 2019; 35(1), 1-10.
17. Navachewinmai N. The Development of Group Dynamics Activities to Enhance Life Skills on Violence Prevention for Adolescents. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2022; 7(9): 235-47. (In Thai)
18. Bandura A. J, Walters R. Social learners and personality development. New York: Holt Rinehart and Winston; 1963.
19. Phoyen K. Active Learning: Learning satisfy Education in 21st century. Journal of education. Silpakorn University. 2021; 19(1): 11-28. (In Thai)
20. Baddeley A. D. Working memory: theories, models, and controversies. Annual review of psychology. 2012; 63: 1-29.
21. Muenjitnoy A. Factors affecting Amata Nakorn industrial estate workers' use of personal protective equipment and safety behaviors. Sripatum Chonburi Journal. 2015; 12(1) 53-66. (In Thai)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ

Factor Influencing to Prevention of COVID-19 Infection among the Older Adults in Chaiyaphum Province

เขมิกา ณภัทรเดชานนท์[1] ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์*[2] สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล[1]
Khemika Napattaradechanon[1] Phakwarin Phattharasirisomboon*[2] Sutapinun Pronlerttaveekun[1]
[1]มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ คณะพยาบาลศาสตร์ ชัยภูมิ ประเทศไทย 36000
[1]Chaiyaphum Rajabhat University Faculty of Nursing, Chaiyaphum, Thailand 36000
[2]มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี คณะพยาบาลศาสตร์ จันทบุรี ประเทศไทย 22000
[2]Rambhaibarni Rajabhat University Faculty of Nursing, Chanthaburi, Thailand 22000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 422 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โควิด 19 และแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อยู่ในระดับดี (M = 3.73, SD = .27) อิทธิพลจากสถานการณ์ (Beta = 0.59, t = 10.98, p <.001) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Beta = -0.13, t = -2.85 , p = .005) และอิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = 0.10, t = 1.98, p = .04) สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้ร้อยละ 37.6 (R^2 = .376, F = 83.86, p < .001) โดยปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุด คืออิทธิพลจากสถานการณ์ (Beta = 0.59, t = 10.98, p <.001)

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาทักษะการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่สัมพันธ์กับปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกัน, การติดเชื้อไวรัสโควิด 19, ปัจจัยที่ส่งผล, ผู้สูงอายุ

Abstract:

This research is a descriptive research was to analyze the factors that influenced the prevention of COVID-19 in older adults in Chaiyaphum Province. The sample group is 422 older adults living in Chaiyaphum Province. Data were collected using a general information questionnaire. Questionnaire on factors influencing health promotion behavior to prevent COVID-19 infection and health promotion behavior questionnaire to prevent COVID-19 infection. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression.

Corresponding Author: *E-mail: phakwarin.p@rbru.ac.th

วันที่ได้รับ (received) 5 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 12 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ธ.ค. 2566

The study results showed that older adults have health promotion behaviors to prevent COVID-19 infection at a good level (M = 3.73, SD = 27). Situational influences (Beta = 0.59, t = 10.98, p <.001), perceived benefits of practice (Beta = -0.13, t = -2.85, p = .005), and interpersonal influences (Beta = 0.10, t = 1.98, p = .04) were able to predict the health promotion behaviors to prevent COVID-19 infection of the older adults at 37.6 percentages (R^2 = .376, F = 83.86, p < .001). The factors that most affect the prevention of COVID-19 among the older adults in Chaiyaphum Province is influenced by the situation (Beta = 0.59, t = 10.98, p <.001)

Recommendation: It can be used as basic information for experimental research to develop health promotion skills in preventing COVID-19 infection related to factors influenced by the situation. Perceived benefits of practice and the interpersonal influence of the older adults in the area.

Keyword: Prevention, COVID-19 infection, Factor influencing, Older adults

บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันรุนแรงของผู้ป่วยจนเกิดเป็นปอดอักเสบจากไวรัสซาร์ส-โควี-2 โดยพบการติดเชื้อในคนที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว สร้างความหวาดกลัว และส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจของประชากรจนมีผู้ป่วยอาการหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมากมาย ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม 2563 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นครั้งแรกในวันที่ 13 มกราคม 2563 รัฐบาลไทยได้ดำเนินการอย่างเข้มงวดในการเฝ้าระวังเชิงรุกเพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด โดยมีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 รวมถึงการบังคับใช้มาตรการด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด 19[2]

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 มีผลกระทบต่อประชากรสูงอายุที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สุด ซึ่งการสำรวจผลกระทบประชากรสูงอายุในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 1,230 ราย ในเดือนกรกฎาคมปี 2563 พบว่าก่อนเกิดวิกฤติโควิด ผู้สูงอายุร้อยละ 47.2 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศยังทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงชีพ แต่หลังจากการแพร่ระบาด พบว่ามีผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ต้องประสบปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ถึงร้อยละ 81 ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองประสบปัญหามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท รายได้ของผู้สูงอายุที่มาจากการทำงานมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 40 ในช่วงปกติ เหลือเพียงร้อยละ 22 ในช่วงของการแพร่ระบาด นอกจากนี้การรักษาระยะห่างทางสังคมที่ยาวนานขึ้นทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง[2] มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 13.90)[3] และที่สำคัญยิ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้ง่าย และอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาจกล่าวได้ว่า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยและการตายเมื่อติดเชื้อสูงสุด จึงเป็นสิ่งที่น่าวิตกกังวลอย่างยิ่ง

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ได้แก่ สิ่งชักนำในการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันได้ร้อยละ 53.24 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61.20 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง[5] จะเห็นได้ว่าแบบจำลองการ

ส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 238,368 คน เป็นเพศชาย จำนวน 108,848 คน เพศหญิง จำนวน 129,520 คน[6] จากผลการการสอบสวนโรคพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จำนวน 4 ราย โดย รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 86 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นผู้ป่วยติดเตียง รายที่ 2 เพศชายอายุ 70 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ รายที่ 3 เพศชาย อายุ 64 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและโรคตับแข็ง และรายที่ 4 เพศชาย อายุ 62 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน[7] แม้ว่าการระบาดในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ อาจมีจำนวนไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับในต่างประเทศ แต่มีหลักฐานและผลการศึกษาในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่า ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่รุนแรงขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อบุคคลนั้นมีอายุมากขึ้น ผู้วิจัย จึงตระหนักและเห็นความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันโควิดของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ ตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ[8] ที่เชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพเมื่อมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติด้านสุขภาพ และผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

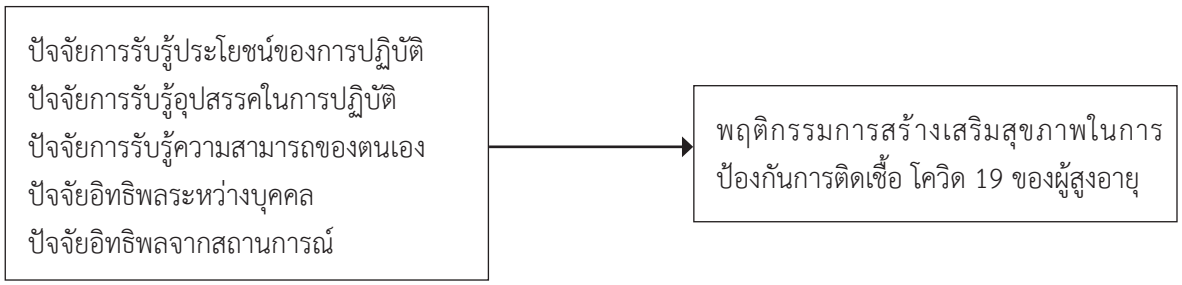
เพื่อศึกษาปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ[8] โดยแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจ การปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพที่จะเกิดขึ้นได้นั้นมีปัจจัยเกี่ยวข้อง ซับซ้อนหลากหลายปัจจัย ที่จะต้องประเมิน ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยทางด้านความรู้สึก ความเข้าใจ และความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม ที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดและเป็นแกนสำคัญที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ



กรอบแนวคิดในการการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและหญิง มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและหญิง มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน และที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ สัญชาติไทย สามารถพูดคุยสื่อสารให้ข้อมูลได้ และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม

ผู้วิจัยทราบขนาดของประชากรมีจำนวน 238,368 คน กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป[9] โดยอ่านตารางจากขนาดประชากร 100,000 ขึ้นไป ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 384 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล มีการเพิ่มจำนวนตัวอย่างในอัตราร้อยละ 10 ดังนั้น การวิจัยนี้มีตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 422 คน การได้มาซึ่งตัวอย่างมาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ในการคัดเลือกพื้นที่ศึกษาระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน แบบเจาะจงตามสัดส่วนของจำนวนประชากรเป้าหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนพฤษภาคม 2566 โดยประสานงานกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ จำนวน 50 คน เพื่อนัดหมายเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบ โดยกล่าวคำแนะนำตัว พร้อมทั้งอธิบายโครงการวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้สูงอายุ และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุจึงเริ่มต้นการสอบถามผู้สูงอายุ อ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนส่งแบบสอบถามกลับคืนด้วยซองที่ผู้วิจัยแนบไปพร้อมกับแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประยุกต์จากแบบสอบถามตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ[8] ที่พัฒนาขึ้น[5] ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา ลักษณะชุมชนรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และภาวะสุขภาพ

2. แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 46 ข้อ ครอบคลุมปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ ข้อคำถามเป็น Rating scale 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยมากที่สุด และแปลผลการรับรู้ปัจจัยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ต่ำ (1.00 - 1.66 คะแนน) มีการรับรู้ปานกลาง (1.67–3.33 คะแนน) และการรับรู้สูง (3.34 - 5.00 คะแนน)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 มีจำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเป็น Rating scale 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีระดับพฤติกรรมต่ำ (1.00 - 1.33 คะแนน) มีระดับพฤติกรรมปานกลาง (1.34 - 2.67 คะแนน) และมีระดับพฤติกรรมดี (2.68 - 4.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 3 คน การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ 2 คน มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ≥.50 ทุกข้อ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 46 ข้อ เท่ากับ 0.877 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 มีจำนวน 15 ข้อ เท่ากับ 7.94

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 66-1-001 เมื่อวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธีสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตามด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.04 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 65.40 ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัยเป็นชุมชนชนบท ร้อยละ 91.94 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.63 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.36 รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.40 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 70.14 สุขภาพโดยรวมแข็งแรง ร้อยละ 55.69 มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.63 (SD = .48) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 2.79 (SD = .99) การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 3.54 (SD = .53) อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 3.64 (SD = .46) อิทธิพลจากสถานการณ์อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.73 (SD = .40) และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.73 (SD = .27)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (n = 422)

ปัจจัย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	.207	<0.001	น้อย
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	0.051	0.296	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.325	<0.001	น้อย
อิทธิพลระหว่างบุคคล	.442	<0.001	น้อย
อิทธิพลจากสถานการณ์	.601	<0.001	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (r = 0.207, p < .001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (r = 0.325, p < .001) อิทธิพลระหว่างบุคคล (r = 0.442, p < .001) และอิทธิพลจากสถานการณ์ (r = 0.601, p < .001) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.601[a]	0.361	0.359	0.21988
2	.608[b]	0.370	0.367	0.21861
3	.613[c]	0.376	0.371	0.21785

a. Predictors: (Constant), อิทธิพลจากสถานการณ์ b. Predictors: (Constant), อิทธิพลจากสถานการณ์, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ c. Predictors: (Constant): อิทธิพลจากสถานการณ์, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, อิทธิพลระหว่างบุคคล

จากตารางที่ 2 พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้ร้อยละ 37.6 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ 0.217

ตารางที่ 3 ความแปรปรวนที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	11.473	1	11.473	237.289	<0.001
	Residual	20.306	420	0.048		
	Total	31.779	421			
2	Regression	11.754	2	5.877	122.975	<0.001
	Residual	20.025	419	0.048		
	Total	31.779	421			
3	Regression	11.941	3	3.980	83.869	<0.001
	Residual	19.838	418	0.047		
	Total	31.779	421			

จากตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง สามารถนำไปสร้างสมการต่อไปได้

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (n = 422)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	beta	t	Sig.
อิทธิพลจากสถานการณ์	0.410	0.037	0.591	10.988	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	-0.074	0.026	-0.130	-2.852	0.005
อิทธิพลระหว่างบุคคล	0.065	0.033	0.107	1.984	0.048

Constant = 2.236, R = .613, R^2 = .376, SEE = 0.217, F = 83.869**, Sig. of F = <0.001

จากตารางที่ 2-4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ใช้ในการพยากรณ์ พบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ (p < .001) อิทธิพลระหว่างบุคคล (p < .001) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (p < .001) มีผลต่อการทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้ร้อยละ 37.6 (R^2 = .376) และมีความคลาดเคลื่อนจากการทำนายร้อยละ 21.7 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำนายมากที่สุดได้แก่ อิทธิพลจากสถานการณ์ (Beta = 0.59, t = 10.98, p <.001) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Beta = -0.13, t = -2.85, p = .005) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = 0.10, t = 1.98, p = .04) ตามลำดับ สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้ y = a+bx

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มีคะแนนเฉลี่ย 3.73 ซึ่งอยู่ในระดับดี อาจเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ตามสื่อ จึงทำให้มีความรู้มากขึ้น ประกอบกับอิทธิพลของข่าวสาร ทำให้บุคคลมีความตระหนักมากขึ้น และป้องกันตนเองมากขึ้น จึงทำให้มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกที่พบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อยู่ในระดับสูง 25.80 ทั้งนี้อธิบายได้ตามแนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[8] ที่เชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพเมื่อมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากการเกิดโรคนั้น ๆ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์ ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ มากที่สุด

อาจเนื่องจากอิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่รู้สึกสอดคล้องกับวิถีชีวิตสภาพแวดล้อมมีความปลอดภัยและมั่นคง จึงจะดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ[8] โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเผยแพร่ข่าวสารสถานการณ์การระบาดของโคโรนา 2019 ที่มีการระบาดทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ เช่น การนำเสนอข้อมูลประจำวันข่าวทางโทรทัศน์เกี่ยวกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการแชร์ข้อมูลบนโลกออนไลน์ที่เฟซบุ๊กเพื่อให้คนไทยป้องกันตัวเองจากความหวาดกลัวและความตื่นตระหนก เป็นต้น ดังนั้นจึงทำให้ปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์ มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[5]

ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการโน้มน้าวชักจูงใจจากบุคคลอื่น เช่น การให้คำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จึงทำให้ผู้สูงอายุตัดสินว่าจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ[8] ที่กล่าวไว้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลสำคัญ โดยครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข คือแหล่งแรกของอิทธิพลดังกล่าว ให้การสนับสนุนทางสังคม แนวทางสำหรับปฏิบัติและบรรทัดฐานของสังคม จะทำให้บุคคลตัดสินว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[5] และการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ที่พบว่า การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[10]

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ[8] ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลรู้ว่าจะได้ผลลัพธ์หรือประโยชน์อะไรจากกระทำสิ่งนั้น บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้น ๆ โดยประโยชน์จากการปฏิบัติอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อยล้า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง เป็นต้น ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติว่าจะไม่ทำให้เกิดโรคและเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้มีสุขภาพที่ดีและแข็งแรง จึงส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[5] เช่นเดียวกับการศึกษา ในผู้สูงอายุวัยตอนต้นในประเทศเกาหลีใต้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง ที่พบว่าปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ[11] และการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโควิด 19 สามารถทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุได้[12]

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไม่ส่งต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางในการป้องกันโรคที่มากขึ้น ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น แต่โรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นโรคเกิดขึ้นใหม่และมีความรุนแรงเกิดเพิ่มขึ้นมาก มีหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่าง ๆ ออกมาให้ความรู้ รวมถึงนำเสนอผลเสียต่าง ๆ ของการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และมีการสนับสนุน เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ ให้บุคคลป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ดังนั้นจึงทำให้การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไม่ส่งต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิได้ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19[13] เช่นเดียวกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ[5]

การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่ส่งต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ[8] ที่เชื่อว่า

เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีจะเป็นแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้อง การรับรู้ความสามารถผลต่อการกระทำของบุคคล แต่อย่างไรก็ตามถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน ความสามารถนั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์นั้น ๆ และสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งประเทศไทยมีความพร้อมในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อยู่แล้ว เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโควิดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 7 โรค ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งต่ำหรือสูง มีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยตอนต้นในประเทศเกาหลีใต้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง[11] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง[5]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล ควรจัดโปรแกรมการให้ความรู้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และคงความต่อเนื่องของการปฏิบัติโดยสร้างการมีส่วนร่วมของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุ เช่น คู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้อง เป็นต้น

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยเชิงทำนายในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่พยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้ หากมีการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบโปรแกรมหรือสร้างแนวทางการสร้างเสริมเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้สูงอายุ

References

1. Punyaphat S. Global Crisis in the Outbreak of Emerging Infectious Diseases: The Role of the World Health Organization, a Situation in Thailand and a New Normal. Journal of Social Synergy. 2020; 11(1): 88-108. (In Thai).
2. Pramote P. Situation of the Thai elderly 2020. Bangkok: Thai Gerontology Research and Development Institute; 2021
3. Wanpen W, Korawan S, Duangporn P. 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).
4. Wilasinee L, Paiboon P, Kanchana P, Dhammawat O. Predictive Factors of Coronavirus 2019 Preventive Behaviors among Elderly People in the Eastern Region. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2023; 17(1): 394-407. (In Thai).
5. Winthanyou B, Phatcharaporn W, Viparporn S, Chutima S, Prisana A, Jariyawat K. Factor Influencing To Health Promotion Behavior For Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Of Older Adults. Police Nursing Journal. 2020; 12(2): 323-37. (In Thai).
6. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. Survey of the elderly population in Thailand 2021 Provincial statistics table. Bangkok: National Statistical Office. 2021. (In Thai).
7. Pran S, Weerapon K, Jittrawan K, Bunpisit T, Metinee K. An Investigation of COVID-19 Deaths in Community, Nai Mueang Sub-District, Mueang District, Chaiyaphum Province During May to June, 2021 In Chaloem Phrakiat District Nakhon Ratchasima Province. The Office of Disease Prevention and Control 9th, Nakhon Ratchasima Journal. 2023; 29(1): 15-26. (In Thai).

8. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice (5th ed). Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education. 2006.
9. Krejcie R, Morgan D. "Determining sample sizes for research activities." Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-10.
10. Apiwadee I, Kantamaht K, Kanlaya T, Suwanna P. Factors Influencing Preventive Behavior towards Coronavirus Disease 2019 among People in Khohong Town Municipality Songkhla Province. 2022; 3(2): 19-30. (In Thai).
11. Lim EJ, Noh JH, Kim EY. A study of factors affecting health-promoting behaviors to youngelderly adults in urban and rural communities. International Journal of Bio-Science and BioTechnology. 2015; 7(5): 367-74.
12. Arnon S, Thaphat K, Verachai T. Predicting Factors of Intention to Vaccination against COVID-19 among Old Adult in Rural Communities. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 450-9. (In Thai).
13. Tuangporn K, Tanapron T, Araya P, Thanyaporn K, Suphap T, Pawalin S, and Sainee B. Factors related to COVID-19 preventive behaviors among health science students of Huachiew Chalermprakiet Universit. Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal. 2022; 7(1): 8-20. (In Thai).

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานประจำในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร

Effects of the Promoting Smoking Cessation Program on Smoking Cessation Behavior using Teamwork Approach and Self-efficacy of full-time workers in the Workplace, Samut Sakhon Province

พิษณุ คำนวน แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ* สุรินธร กลัมพากร สุคนธา ศิริ**
Pitsanu Khamnuan Ann Jirapongsuwan* Surintorn Kalampakorn Sukhontha Siri**
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ราชเทวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
Faculty of Public Health, Mahidol University, Ratchathewi Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานประจำที่สูบบุหรี่ในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แบบวัดความรุนแรงของการติดนิโคตินมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Chi-square, Pair-sample t-test, Wilcoxon signed ranks test, Independent-sample t-test และ Mann-Whitney U test. ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการติดนิโคติน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันที่ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่าสถานประกอบการควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่ทีมงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับพนักงานประจำในสถานประกอบการที่สนใจอยากเลิกสูบบุหรี่ต่อไป

คำสำคัญ : การทำงานเป็นทีม, พฤติกรรมการเลิกบุหรี่, พนักงานประจำในสถานประกอบการ

Abstract

This research was a two-group quasi-experimental pretest-posttest design. The aim was to examine the effects of the promoting smoking cessation program on smoking cessation behavior using teamwork approach and self-efficacy of full-time workers in the workplace, Samut Sakhon Province. The samples

Corresponding Author: * E-mail: ann.jir@mahidol.ac.th
** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

วันที่รับ (received) 21 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ก.ย. 2566

consisted of 60 full-time workers in the workplace, Samut Sakhon province. Each group included 30 persons. The experimental instrument was a promoting smoking cessation program on smoking cessation behavior using teamwork approach and self-efficacy that was examined for content validity by 3 experts. The Reliability of questionnaire on the nicotine dependence was .80. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Pair-sample t-test, Wilcoxon signed ranks test, independent-sample t-test, and Mann-Whitney U test. The results showed that after the intervention, the nicotine addiction level and the number of cigarettes smoked per day in the experimental group were decreased when compared to the pre-intervention period ($p < .05$) and the control group with statistical significance ($p < .05$). In addition, the smoking cessation success of the experimental group was higher than the control group with statistical significance ($p < .05$). The study's findings could serve as a guideline for the workplace's stakeholder team to promote effective smoking cessation in the workplace for full-time workers to quit smoking.

Keywords: Teamwork approach, Smoking cessation behavior, Full-time workers

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณ 8 ล้านคนต่อปี[1] คนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 54,610 คน โดยการสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงสุด[2] และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของปอดลดลง และเพิ่มความรุนแรงของโรคโควิด 19[3]

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูบบุหรี่ 10.70 ล้านคน (ร้อยละ 19.10) และกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15–60 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 21.40 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ[4] ดังนั้นปัญหาการสูบบุหรี่ จึงถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน โดยกลุ่มวัยนี้จะมีโอกาสในการเกิดโรคต่างๆได้มากกว่ากลุ่มประชากรกลุ่มอื่น[5]

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเรื่องโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงาน พบว่าสถานที่ทำงานมีศักยภาพในการเข้าถึงผู้คนกลุ่มใหญ่เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้เกิดประสิทธิผลได้[6] การศึกษาเรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องมาตรการและแรงจูงใจให้ลดการบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการเกษตร พบว่า ทางเลือกที่มีประสิทธิผลในการแก้ปัญหาคนทำงานที่ยังสูบบุหรี่อยู่ คือ นายจ้างต้องให้การสนับสนุน มีนโยบายที่ชัดเจน และภาคีเครือข่ายของสถานประกอบการต้องร่วมมือกัน[7] และการศึกษาเรื่อง ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดราชบุรี พบว่าสถานประกอบการยังไม่มีความชัดเจนในนโยบายจัดตั้งระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการที่เป็นรูปธรรม และโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการยังมีการศึกษาจำนวนน้อย[8]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)[9] ที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นเตือนทางอารมณ์ สามารถกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้[10] และแนวคิดการทำงานเป็นทีมที่มีการวางแผนร่วมกัน มีการกำหนดลักษณะของทีม และออกแบบกิจกรรมหลักของทีมที่ครอบคลุมการบริหารจัดการทีมโดยอาศัยความร่วมมือของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ ผู้บริหาร หัวหน้างาน และบุคลากร สามารถช่วยกระตุ้นให้ทุกคนมีความรู้สึกว่าเป็นผู้มีส่วนร่วมในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของทีม และนำไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาองค์กรให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้[11] และหากเป็นโปรแกรมที่สามารถเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ในสถานประกอบการได้ง่าย ไม่กระทบเวลางาน การใช้บริการสื่อสังคมออนไลน์แบบมีปฏิสัมพันธ์จึงเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับบริบทการทำงานในสถานประกอบการบริษัทเอกชน เนื่องจากเข้าถึงบริการได้ง่าย ต้นทุนต่อผู้ใช้ต่ำ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ตลอดเวลา

เพิ่มการมีส่วนร่วมในการเข้าถึงระบบบริการ และช่วยส่งเสริมการเลิกบุหรี่ได้[12]

จากรายงานการเดินสำรวจสถานประกอบการผลิตบรรจุภัณฑ์สิ่งพิมพ์ชนิดอ่อนแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า มีพยาบาลประจำสถานประกอบการ จำนวน 1 คน และจำนวนพนักงานมีทั้งสิ้น 300 คน ข้อมูลการสูบบุหรี่ของพนักงานปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 26.30 ในจำนวนนี้มีพนักงานประจำที่ต้องการจะเลิกบุหรี่จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 สถานประกอบการแห่งนี้ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการควบคุมการสูบบุหรี่ ไม่ได้มีการกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ที่แยกออกจากพื้นที่พักผ่อน และไม่ได้มีการกำหนดทีมงานที่จะดำเนินงานควบคุมการสูบบุหรี่ ทำให้การจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการแห่งนี้ยังไม่ประสบความสำเร็จ[13]

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนวัยทำงาน รณรงค์สิ่งแวดล้อม และส่งเสริมการทำงานที่ปลอดภัย จึงมีความสนใจในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร โดยใช้การทำงานของทีมพี่เลี้ยงในสถานประกอบการที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นประกอบด้วย พี่เลี้ยงด้านสุขภาพ พี่เลี้ยงด้านการบริหารจัดการองค์กร และพี่เลี้ยงด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และการช่วยเลิกบุหรี่ระดับบุคคล โดยโปรแกรมมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการทำงานเป็นทีม[11] และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[9] เพื่อทำให้พนักงานประจำในสถานประกอบการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ และมีผลดีต่อสถานประกอบการนำไปสู่การลดลงของโอกาสการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของการติดนิโคติน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบ ความรุนแรงของการติดนิโคติน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการติดนิโคติน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากก่อนการทดลอง

2. หลังเข้าร่วมกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการติดนิโคติน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันที่ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังเข้าร่วมกลุ่มทดลองมีสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Robbins[11] ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)[9] พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแนวคิดการทำงานเป็นทีม เชื่อว่า ทีมที่มีการวางแผนร่วมกัน มีการกำหนดลักษณะของทีม และออกแบบกิจกรรมหลักของทีมที่ครอบคลุมการบริหารจัดการทีมโดยอาศัยความร่วมมือของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ ผู้บริหาร หัวหน้างาน และบุคลากร สามารถช่วยกระตุ้นให้ทุกคนมีความรู้สึกว่าเป็นผู้มีส่วนร่วมในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของทีมและสามารถนำไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาองค์กรให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้ และการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นเตือนทางอารมณ์ สามารถกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้[10] ด้วยทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาออกมาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสุบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร ดำเนินกิจกรรมโดยทีมพี่เลี้ยงในสถานประกอบการ ได้แก่ พี่เลี้ยงด้านสุขภาพ พี่เลี้ยงด้านการบริหารจัดการองค์กร และพี่เลี้ยงด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมกระบวนการทำงานเป็นทีมของทีมพี่เลี้ยงในสถานประกอบการ

ที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อผลักดันนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ 2) การใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อสร้างการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพื่อเลิกบุหรี่โดยนำเสนอความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของตัวแบบ และนำเสนอความสำเร็จของตนเอง 3) การใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อสร้างการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพื่อเลิกบุหรี่โดยการใช้คำพูดชักชวน และการเพิ่มสิ่งเร้าทางอารมณ์ 4) การใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเพื่อเลิกบุหรี่โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองในการเลิกบุหรี่ของแต่ละคนในสัปดาห์ที่ผ่านมา และการส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะถอนนิโคตินจากการเลิกบุหรี่ที่ถูกต้อง และ 5) การใช้การทำงานเป็มทีมเพื่อส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่และการสร้างการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพื่อเลิกบุหรี่โดยการเพิ่มสิ่งเร้าทางอารมณ์ในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental Pre-test Post-test Design) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานประจำที่สูบบุหรี่ในสถานประกอบการผลิตบรรจุภัณฑ์สิ่งพิมพ์ชนิดอ่อนที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสุบบุหรี่ โดยวิธีการเลือกแบบง่าย มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นพนักงานประจำบริษัทที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี อายุงานไม่น้อยกว่า 3 เดือน สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบเป็นครั้งคราว สามารถเข้าถึงและใช้บริการแอปพลิเคชั่นไลน์ (Line) และ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายเปลี่ยนโรงงาน หรือลาออกจากบริษัทในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ = .80, Power (1- β) = .80, α = .05, และเปิดตาราง Power table สำเร็จรูป[14] ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณได้อีกร้อยละ 20.00 จึงได้กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ รวมเป็นกลุ่มละ 30 คน[15] และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และใช้วิธีการจับคู่ทั้ง 2 กลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร ทำกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมจะมีการวัดผลในสัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ทีมพี่เลี้ยงในสถานประกอบการที่จัดตั้งขึ้น ร่วมกันดำเนินกิจกรรมหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผนการ การกำหนดลักษณะและการออกแบบกิจกรรมหลักที่ครอบคลุมการบริหารจัดการในองค์กรเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และช่วยเลิกบุหรี่ระดับบุคคล

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) ทีมพี่เลี้ยงเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้การนำเสนอตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ โดยใช้หลักการ 5R (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks และ Repetition) การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความรุนแรงของการสูบบุหรี่ในสถานการณ์ COVID-19 และการให้คำปรึกษารายบุคคลตามเทคนิค STAR เพื่อกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และพิจารณาส่งต่อปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาวาเรนิคลิน (ในรายที่จำเป็น) การพิจารณาส่งต่อผู้สูบบุหรี่เพื่อไปรับการบำบัดด้วยยาในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ (ติดบุหรี่มาก มีโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และเคยเลิกไม่สำเร็จ)[16] เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม เนื่องจากเป็นการดูแลแบบครบวงจร

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) ทีมพี่เลี้ยงเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้คำพูดชักจูงเพื่อเสริมแรงจูงใจและการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์อยากเลิกสูบบุหรี่จากการรับชมวีดิทัศน์ และการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยการประยุกต์หลักการ 5R ในเรื่อง Roadblocks (การให้คำแนะนำในการจัดการกับปัญหา) และ Repetition (ประเมินซักถามซ้ำๆ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก)

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3) ทีมพี่เลี้ยงส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองในการเลิกบุหรี่ของแต่ละคนในสัปดาห์ที่ผ่านมา และเพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นที่ถูกต้อง โดยใช้หลักการ 5D เพื่อลดความอยากสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้น ดังนี้ Delay (การไม่สูบทันที) Deep breath (ให้สูด

ลมหายใจเข้าออกลึกๆ ติดต่อกัน) Drink water (เมื่ออยากสูบบุหรี่ ให้ดื่มน้ำเปล่า) Do something else (ให้หาสิ่งอื่นทำแทน) Discuss with other (พูดคุยกับคนที่เราพูดคุยด้วยได้เพื่อหากำลังใจดีๆ) และการอภิปรายกลุ่มร่วมกัน ในประเด็นวิธีการเลิกบุหรี่ของแต่ละคน วิธีการจัดการกับภาวะถอนนิโคติน

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 4) ทีมพี่เลี้ยงส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่และเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการกระตุ้นเตือนทางอารมณ์ในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ โดยใช้หลักการ 5D เพื่อลดความอยากสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นและป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ และใช้การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพนักงานที่สูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ และโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ประเภทบุหรี่ที่สูบ จำนวนบุหรี่ที่สูบ ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในกลุ่มพนักงาน อายุเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ ระยะเวลานับตั้งแต่เริ่มต้นสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน เหตุผลสำคัญที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ครั้งแรก การพยายามเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ[5]

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรุนแรงของการติดนิโคติน มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดนิโคติน[5]

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1) โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการเกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่ 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำสื่อออนไลน์ และ 3) พยาบาลอาชีวอนามัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92

2) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ 1.00, .92 และ 1.00 ตามลำดับ และทั้งฉบับมีค่า CVI เท่ากับ .97 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และขออนุญาตนำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) กับพนักงานประจำที่สูบบุหรี่ในโรงงานของบริษัทแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 และนำโปรแกรมไปทดลองใช้จริง (Trial run) จำนวน 5 คน จากนั้นนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. จัดตั้งทีมพี่เลี้ยงในสถานประกอบการและอบรมส่งเสริมศักยภาพทีมพี่เลี้ยง ในการศึกษานี้ทีมพี่เลี้ยงประกอบด้วย ตัวแทนพยาบาลอาชีวอนามัยหรือพยาบาลที่ทำงานในสถานประกอบการ จำนวน 1 คน ทำหน้าที่หัวหน้าทีมพี่เลี้ยง ตัวแทนเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ จำนวน 1 คน และตัวแทนของพนักงานที่มาจากการคัดเลือกโดยบริษัท (หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์) จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 3 คน ประชุมร่วมกัน

3. พัฒนาโปรแกรมและแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบเครื่องมือ

4. จัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร มี 3 ระยะ ประกอบด้วย

4.1 ระยะที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลอง โดยในกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากห้องพยาบาล

4.3 ระยะที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลชุดเดียวกัน วัดผลการเลิกบุหรี่ โดยใช้หลักการ Point prevalence abstinence[17] คือ สัดส่วนของผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ไม่ได้สูบบุหรี่ ณ เวลาที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง MUPH 2022-013 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมร่วมการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับอย่างดี และการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และเพื่อความเสมอภาคของประโยชน์ตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรม พร้อมกับแจกเอกสารแผ่นพับและให้คำแนะนำกับกลุ่มเปรียบเทียบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามปกติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากห้องพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ Chi-square, Pair t-test, Wilcoxon signed ranks test, Independent t-test และ Mann-Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การศึกษา รายได้ และประวัติข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน (p > .05)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงของการติดนิโคตินก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test (n = 60)

ตัวแปร / กลุ่ม / ระยะ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
ความรุนแรงของการติดนิโคติน						
กลุ่มทดลอง	7	6-7	3	0-4.25	-4.802	< .05
กลุ่มเปรียบเทียบ	7	6-7	6	6-7	-2.588	.010

IQR: Interquartile Range

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงของการติดนิโคตินก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลองพนักงานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรุนแรงของการติดนิโคตินในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05 และ = .010 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test (n = 60)

ตัวแปร / กลุ่ม / ระยะ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน				
กลุ่มทดลอง	18.7 (3.73)	8.9 (6.68)	25.128	< .05
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.8 (3.64)	17.7 (3.65)	2.536	.017

S.D.: Standard Deviation

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองพนักงานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05 และ = .017 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองที่เปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในด้านความรุนแรงของการติดนิโคติน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (n = 60)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	Median	IQR	Median	IQR	
ความรุนแรงของการติดนิโคติน	-3	(-4.00 : -2.75)	0	(-1.00 : 0.00)	< .05
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	-10	(-15.00 : -5.00)	0	(0.00 : 0.00)	< .05

IQR: Interquartile Range

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองที่เปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของการติดนิโคติน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลอง (n = 60)

การเลิกบุหรี่	กลุ่มทดลอง (30 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (30 คน)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เลิกได้	9	30.0	0	0.0	.010
เลิกไม่ได้	21	70.0	30	100	

จากตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพนักงานที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 9 คน (ร้อยละ 30.00) และมีพนักงานที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ 21 คน (ร้อยละ 70.00) กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีพนักงานที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ผลทดสอบด้วยสถิติ Chi-square พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .010)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่โดยใช้การทำงานเป็นทีมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของการติดนิโคติน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานงานวิจัย อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมได้รับกิจกรรมหลักจากทีมพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และการช่วยเลิกบุหรี่ระดับบุคคล (หลักการ 5R, เทคนิค STAR และหลักการ 5D) รวมถึงการเสริมแรงส่งเสริมความมั่นใจในตนเอง หากพนักงานเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง ก็จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้[9,18] กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องช่วงเวลาในการสูบบุหรี่ จำนวนมวนของการสูบบุหรี่ อาการเมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ และการจัดการตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ กลุ่มทดลองมีการลดจำนวนมวนบุหรี่และมีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ การลดลงของ

ช่วงเวลาและจำนวนมวนที่สูบลดลง ส่งผลให้ความรุนแรงของการติดนิโคตินลดลง เนื่องจากนิโคตินจากบุหรี่เข้าสู่ร่างกายลดลง การออกฤทธิ์ของนิโคตินโดยการจับตัวกับตัวรับนิโคตินจึงลดลง ส่งผลให้ความรุนแรงของการติดนิโคตินลดลงไปด้วย[19] ในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบที่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยจากก่อนการทดลองในเรื่องความรุนแรงของการติดนิโคตินและจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .017 ตามลำดับ อาจมีผลเนื่องมาจากการกลัวการเจ็บป่วยที่รุนแรงของการสูบบุหรี่ในสถานการณ์โควิด-19 อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่จากพยาบาลที่ทำงานในสถานประกอบการ ซึ่งแสดงถึงความห่วงใยที่มอบให้อาจช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเปรียบเทียบเกิดแรงจูงใจมากขึ้นในการที่จะเลิกบุหรี่ กิจกรรมที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับนี้อาจส่งผลให้พนักงานมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงพยายามตั้งใจลดจำนวนมวนของการสูบบุหรี่ลง ผลที่ตามมาจากจำนวนมวนบุหรี่ที่ลดลง จึงทำให้ความรุนแรงของติดนิโคตินลดลงไปด้วย แต่อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวยังน้อยกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมเต็มรูปแบบ

นอกจากนี้เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งของทีมพี่เลี้ยงที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ วัดผลการเลิกบุหรี่ โดยใช้หลักการ Point prevalence abstinence[17] ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้โดยใช้การรายงานว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วันก่อนวันที่ประเมินผล จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 สอดคล้องกับการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการช่วยเหลืออย่างจริงจังโดยการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับการใช้วิธีปรับพฤติกรรม การให้คำปรึกษา และจิตสังคมบำบัด ซึ่งมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ร้อยละ 20-30 ที่ระยะติดตาม 1 ปี[20] ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลอาชีวอนามัย หรือพยาบาลที่ทำงานในสถานประกอบการสามารถนำโปรแกรมนี้ไปจัดบริการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ โดยใช้การทำงานเป็นทีมของทีมพี่เลี้ยงในสถานประกอบการ ดำเนินกิจกรรมหลักในการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมการเลิกบุหรี่ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และการช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคล (หลักการ 5R, เทคนิค STAR และหลักการ 5D)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลความคงอยู่ของพฤติกรรม ควรเพิ่มระยะเวลาที่ทำการศึกษาและติดตามผลการเลิกบุหรี่ระยะยาว โดยเพิ่มระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี

References

1. World Health Organization. Smoking and COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Report on the Situation of Tobacco Consumption in Thailand 2019. 1st ed. Bangkok: Sintaveekit printing; 2019. (in Thai)
3. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with worse outcomes of COVID-19 particularly among younger adults: a systematic review and meta-analysis. BioMed Central Public Health. 2021; 21: 1-9.
4. National Statistical Office. The smoking and drinking behavior survey 2017. Bangkok: National Statistical Office; 2017.
5. Kalampakorn S, Jirapongsuwan A, editors. A nursing practice guideline for smoking cessation. 1st ed. Nonthaburi: Publishing of Suetawan; 2020. (in Thai)
6. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; (2): 1-107.
7. Chatdokmaipra K, Pitayarangsarit S, Kalampakorn S. Policy recommendation entitled: Measures and motivation to reduce tobacco consumption in industrial and agricultural workers. Thai Journal of Nursing. 2019; 68(2): 51-9. (in Thai)

8. Chomchuen P, Rawiworrakul T, Kalampakorn S. Readiness to quit smoking among industrial workers in Ratchaburi Province. Thai Journal of Nursing. 2019; 68(2): 27-34. (in Thai)
9. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman & Company; 1997.
10. Papralit S, Kalampakorn S, Sillabutra J. The Effects of Brief Smoking Cessation Education Program and Telephone Follow up in Roofing Products Industry, Saraburi Province. Thai Journal of Nursing. 2016; 65(1): 28-38. (in Thai)
11. Robbins SP. Organizational Behavior. 11th ed. New Jersey: Pearson Education; 2005.
12. Graham AL, Papandonatos GD, Jacobs MA, Amato MS, Cha S, Cohn AM, et al. Optimizing Text Messages to Promote Engagement With Internet Smoking Cessation Treatment: Results From a Factorial Screening Experiment. Journal of Medical Internet Research 2020; 22(4): e17734.
13. Samut Sakhon Hospital. Summary of the results of the annual walk-through survey report 2020. Samut Sakhon; 2020.
14. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: Principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
15. Karunan K, Manasurakarn J, Thaniwattananon P. The Effects of an Integrated Program of Behavior Modification with Self-Efficacy on Smoking Cessation Behaviors and Self-Efficacy among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018; 5(1): 47-61. (in Thai)
16. Sriphan I. The effect of varenicline for smoking cassection. The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal 2018; 16(2): 81-92. (in Thai)
17. Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow M. Assessing outcome in smoking cessation studies. Psychol Bull. 1992; 111: 23-41.
18. Pantaewan P. Self-Efficacy Theory and Smoking Cessation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(3): 35-43. (in Thai)
19. Saehan T, Hiranrat S, Aimsaeng K, Nuengsin K, Aumpan N, Khammuang P, et al. Effects of the promoting smoking cessation program among security guards in a university. Thai Journal of Nursing. 2020; 69(1): 19-27. (in Thai)
20. Action on Smoking and Health Foundation Thailand. The Situation and Problem of Tobacco Consumption in Thailand. Thailand; 2018. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดสะหวันเขต สปป.ลาว

Effects of a Health Belief Enhancing Program on Perception and Coronavirus 2019 Vaccination Receiving Among Elderly Population in Savannakhet Province, LAO PDR

ปาลียา ไชยะสิด[1] นุชรัตน์ มังคละคีรี*[2] เดชา ทำดี[3]

Paliya saiyasith[1] Nutcharat Mangkarakeree*[2] Decha Tamdee[3]

[1]แขนงอนามัยและส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มงานแม่และเด็ก แผนกสาธารณสุข แขวงสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว)

[1]Public Health Department Savannakhet Province the Lao People's Democratic Republic of Lao PDR

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนีนครพนม,มหาวิทยาลัยนครพนม,ประเทศไทย 48000

[2]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phamon Thailand 48000

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่, ประเทศไทย 50200

[3]Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรคCOVID-19ในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอสะหวันเขต สปป.ลาวจำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 24 คนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 24 คนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 6 สัปดาห์ ใช้แบบสอบถามวัดประเมินการรับรู้และแบบวัดความตั้งใจมารับวัคซีนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การมารับวัคซีนภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการวิจัยเสนอแนะได้ว่า บุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ เข้ามารับวัคซีนป้องกันโรคต่อไป

คำสำคัญ: ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

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

วันที่รับ (Received) 18 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 14 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 17 ธ.ค. 2566

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design. The research objectives were to study the Effects of a Health Belief Enhancing Program on Perception and coronavirus-2019 Vaccination Receiving Among the Elderly Population in Savannakhet Province, LAO PDR.The study included 48 elderly participants from Savannakhet province, divided into two groups: one group that received the program (experimental group, 24 individuals) and another that did not(comparison group, also 24 individuals). The study lasted for 6 weeks. To collect data, using questionnaires to measure Perception and coronavirus 2019 Vaccination Receiving The reliability was .76 and.95 respectively. The data were analyzed by descriptive statistics, the Paired t-test, and the independent t-test. The study's findings revealed that, after participating in the program, the experimental group's average scores for COVID-19 awareness significantly increased compared to their scores before the program (p = .002). Furthermore, their awareness scores were significantly higher than those of the comparison group (P< .05).

The results revealed that the healthcare personnel can apply this Health Belief Enhancement Program for the elderly to improve COVID-19 prevention this time for encouraging elderly people in other areas to come and receive the vaccination against further diseases.

Keywords: Effects of a health belief-enhancing program, Perception, Coronavirus 2019 disease

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 นับว่าเป็นโรคที่มีผลกระทบรุนแรงไปทั่วโลก ส่งผล ต่อระบบเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสาธารณสุขระยะยาว ปี คศ. 2023 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยอดผู้ติดเชื้อ COVID-19 ทั่วโลกยืนยัน 759 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจำนวน 6.9 ล้านคน[1] การเสียชีวิตแสดงให้เห็นว่า การระบาดใหญ่ส่งผลผลกระทบไปทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ติดเชื้อสูงสุด ค.ศ. 2022 จำนวน 99,935,041 ราย, อินเดีย จำนวน 44,667,251 ราย และในประเทศแถบเอเชีย ประเทศเวียดนามพบผู้ติดเชื้อสูงสุด จำนวน 11,508,893 ราย สำหรับประเทศไทยที่มียอดผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 4,698,373 ราย และในสปป.ลาว มียอดผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 216,381 ราย และยังมีการติดเชื้อมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2023 ซึ่งประเทศมีผู้ติดเชื้อสูงสุด คือ สหรัฐอเมริกา จำนวน 107,518,785 ราย, อินเดียจำนวน 44,995,665 ราย[2] ปัจจุบันเชื้อโรคโควิด 19 มีความรุนแรงกว่าโรคระบาดอื่นในศตวรรษที่ 21[3] ส่งผลกระทบทางสังคมทุกช่วงวัยโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง อีกทั้งยังส่งผลทางด้านจิตใจเกิดความตื่นกลัว[4] และพบมากในกลุ่มเสี่ยง 608 ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์[5] องค์การอนามัยโลก ได้ยกระดับให้เชื้อโรค COVID-19 ให้เป็นภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก Pandemic เมื่อเชื้อโรคได้แพร่ระบาดใน 188 ประเทศ จาก 193 ประเทศทั่วโลกร้อยละ 97[6]

ประเทศไทยเป็นเพื่อนบ้านใกล้เคียงกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีรายงานมียอดผู้ติดเชื้อสะสม รวมรายงานสถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทยมีผู้ป่วย 2,194,572 ราย เสียชีวิตเสียชีวิตสะสม 21,604 ราย ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ[7] ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้แจ้งให้เป็นโรคประจำท้องถิ่น[8] ในกลุ่ม 608 และผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค พบว่า ได้รับวัคซีนเพียงจำนวน 12,061 ราย และยังพบว่า ประชาชนไม่ยินยอมมารับบริการเนื่องจากการขาดความเข้าใจ การไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน[9]

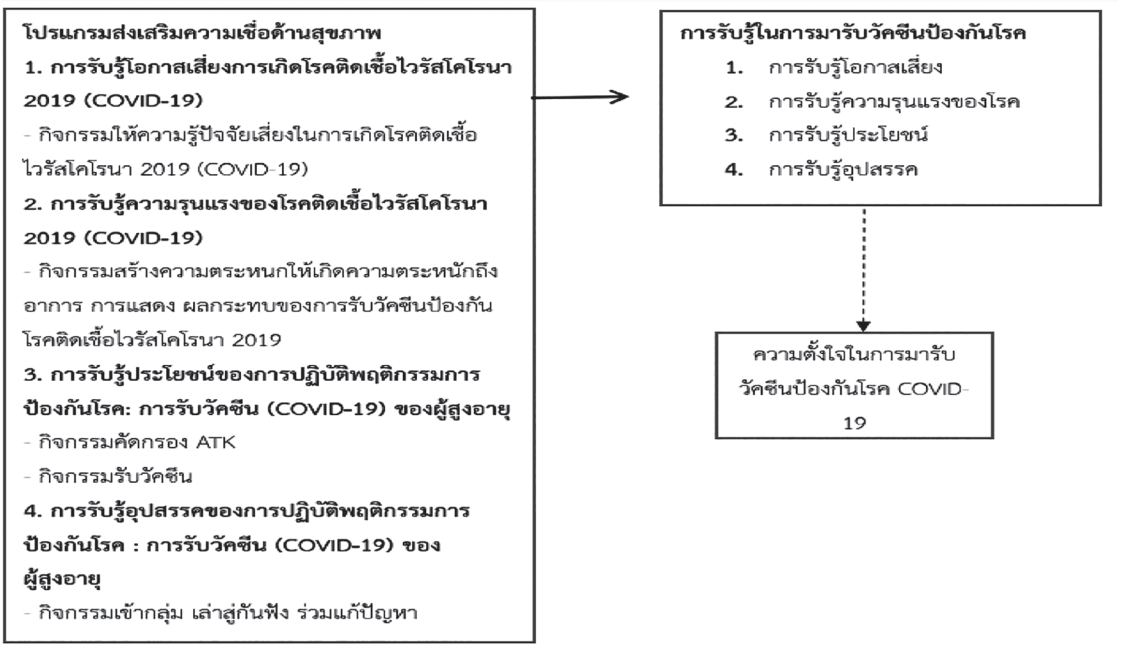
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวรวมทั้ง 18 จังหวัด พบผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 จำนวน 216,381 ราย เสียชีวิต จำนวน 665 ราย ปี ค.ศ. 2022 และจำนวน 218,895 ราย เสียชีวิตจำนวน 671 ราย ปี ค.ศ. 2023[10] และในจังหวัดสะหวันนะเขตประเทศลาว พบว่าในปี ค.ศ. 2021 ใน 15 ตำบลของจังหวัดสะหวันนะเขตพบผู้ติดเชื้อชุมชน จำนวน 3,995 ราย ติดเชื้อนอกเขต จำนวน 5,391 ราย รวมทั้งหมด จำนวน 9,386 รายและเสียชีวิต 20 ราย ต่อมา

ในปี ค.ศ. 2022 พบผู้ติดเชื้อในชุมชนจำนวน 6,992 ราย ติดเชื้อนอกเขต 576 ราย รวมทั้งหมด 7,568 รายและเสียชีวิต 20 ราย[11] ซึ่งมีเป้าหมายให้รับวัคซีนในอัตราร้อยละ 80 และจากสถิติการมารับวัคซีนในสปป.ลาว พบว่า อัตราการรับวัคซีนโควิด 19 ของผู้สูงอายุจำนวน 8,471 ราย คิดเป็นร้อยละ 77 ยังไม่ได้รับวัคซีน 2,518 รายโดยเฉพาะเข็ม 2 และเข็มกระตุ้น พบว่า การเข้ารับบริการฉีดวัคซีนไม่ถึงร้อยละ 80 และมีอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ[12] วัคซีนเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรคและลดอัตราการเสียชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-69 ปี พบว่า การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุต้องเริ่มจากการสร้างการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองร่วมกับการให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง โดยการชักนำจากบุคคลในครอบครัวเพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[13] ได้เร่งเข็มกระตุ้นหลังจากฉีดวัคซีนครบ 2 เข็มใน 4 เดือนและเมื่อได้รับ 4 เข็มจะทำให้มีภูมิคุ้มกันสูงขึ้น จะช่วยลดความรุนแรงหรือเสียชีวิตในร้อยละ 100 และสามารถควบคุมความรุนแรงได้ ร้อยละ 90-95[14] ถึงแม้การฉีดวัคซีนนั้นไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด19 ได้อย่างสมบูรณ์ แต่ช่วยลดการติดเชื้อในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 34-68 และลดการเสียชีวิตร้อยละ 98-99 ในการรับเข็มที่ 3[15] ซึ่งการฉีดวัคซีนจะประสบผลสำเร็จควรส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ใน 4 ด้านต่อการป้องกันโรค COVID-19 ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความตั้งใจของผู้สูงอายุที่จะรับวัคซีนป้องกันโรคCOVID-19ได้ และสอดคล้องกับการศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค[5,16]

ดังนั้นนักศึกษาได้ปรับใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[17,18] ได้กล่าวไว้ว่า “นำความตระหนก-สร้างความตระหนัก ผ่านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค สู่การเห็นประโยชน์ แล้วเกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรม” ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดียืนยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดของการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ[18 19] ประกอบด้วย 4 ด้าน และได้แสดงให้เห็นว่า“การนำความตระหนัก-สร้าง ความตระหนัก-ผ่านการรับรู้ความรุนแรง-การรับรู้อุปสรรค-สู่การเห็นประโยชน์แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรม” ทำให้เกิดการรับรู้ในการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดสะหวันนะเขตสปป.ลาว ตัวแปรต้น: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และตัวแปรตาม: การรับรู้ในการมารับวัคซีนป้องกันโรค ความตั้งใจในการการมารับวัคซีนป้องกันโรคCOVID-19 ดังแสดงในรูปภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยคือ การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรคือที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการสุขภาพที่ โรงพยาบาล จังหวัดสะหวันนะเขต สปป.ลาวทั้งหมด 410 คน โดยจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ(simple random sampling) และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัดจำปาสัก ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับแบบสอบถามการรับรู้ และการมารับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19

โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (G*Power analysis) (Faul F Erdfelder, E Lang, & Buchner A, 2007) กำหนดค่าอำนาจ (Power) = .8 (Cohen, 1997) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) = .8 กำหนดค่าความเชื่อมั่น (alpha = .05) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 26 คน แล้วมีผู้เข้าร่วมวิจัยสูญหายไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการวิจัยได้จำนวน 2 คน คงเหลือกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการคัดกรองแบบประเมินการรู้คิด (MMSE) ใช้ในผู้สูงอายุโดยผ่านคณะกรรมการให้ปรับใช้ในเกณฑ์คัดเข้าในกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดสะหวันนะเขตสปป.ลาว

2.2 แผนกิจกรรม มี 6 สัปดาห์

2.3 คู่มือการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรค

ส่วนที่ 3 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ข้อมูลวัคซีน ประกอบด้วย 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินเพื่อวัดการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ เป็นชนิด rating scale คะแนนระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 28 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 84 คะแนน โดยให้เลือก 3 ระดับคือ (เห็นด้วยให้ = 3 ไม่แน่ใจให้ = 2 ไม่เห็นด้วยให้ = 1) แปลผลการรับรู้ตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ย 3 ระดับ คือค่าคะแนน 28-46.67 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ, ค่าคะแนน 46.68-65.35 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง, ค่าคะแนน 65.36-84 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบประเมินความตั้งใจในการมารับวัคซีนประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นชนิด rating scale มีการให้คะแนนคือ 1 ถึง 5 มีเกณฑ์ให้คะแนนความถี่ของความตั้งใจในการมารับวัคซีน 5 ระดับ คือ ตั้งใจมาก (5) ตั้งใจค่อนข้างมาก (4) ตั้งใจปานกลาง (3) ตั้งใจน้อย (2) ตั้งใจน้อยมาก (1) ค่าเฉลี่ย 3 ระดับ คือค่าคะแนน7-16.33 คะแนน หมายถึง การตั้งใจในการมารับวัคซีน อยู่ในระดับน้อย, ค่าคะแนน 16.34-25.67 คะแนน หมายถึง การตั้งใจในการมารับวัคซีน อยู่ในระดับปานกลาง, ค่าคะแนน 25.68-35 คะแนน หมายถึง การตั้งใจในการมารับวัคซีนอยู่ในระดับสูง

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ แผนการสอน คู่มือการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรค แบบประเมินความตั้งใจในการมารับวัคซีนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน

3 คน มาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หาค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้เท่ากับ 1.00 ทุกชุด

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้ง 2 ชุดคือ แบบประเมินเพื่อวัดการรับรู้การมารับวัคซีน และแบบประเมินความตั้งใจในการมารับวัคซีนไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ก่อนนำมาหาค่าความได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนมเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2566 อยู่ภายในระยะเวลา1ปี เลขที่ใบรับรอง AF03-01 และผ่านคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของประเทศสปป.ลาววันที่ 1 มิ.ย. 2566 เลขที่ใบรับรอง 556 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลเมื่อทำการวิจัยเรียบร้อยจะเก็บเอกสารไว้เป็นอย่างดีในระยะเวลา1ปีแล้วทำลายทิ้ง

การรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากผู้วิจัยเป็นคนลาวและทำงานเป็นเจ้าหน้าที่อยู่สป.ลาวจึงได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจากจังหวัดสะหวันเขต สปป.ลาว โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ระยะก่อนการดำเนินการ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมมราชชนนี นครพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสะหวันนะเขตและโรงพยาบาลจังหวัดปากเซ สปป.ลาว เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 จังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและการเก็บข้อมูล รวบรวมรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะการดำเนินการ

กลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ระยะเวลาดำเนินการ 1-2 ชั่วโมง ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว วัตถุประสงค์ของการวิจัย และกระตุ้นให้กลุ่มทดลอง บอกความคาดหวังในการร่วมทดลอง นำมารวบรวมและวิเคราะห์ นัดหมายครั้งต่อไป ใช้เวลา 1-2 ชม

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ดำเนินการ 1-2 ชั่วโมง ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้และการตั้งใจมารับวัคซีน ผู้วิจัยจัดกิจกรรม บรรยายหัวข้อ การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค COVID-19 และให้ความรู้ ดูภาพสถานการณ์การรับวัคซีน ให้ความรู้ด้าน นโยบายการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคCOVID-19 นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการ 1 ชั่วโมง ดำเนินการบรรยายในการรับรู้ความรุนแรงของโรค รู้ถึงผลกระทบต่อชีวิตและการระบาดของโรค อาการ การแสดงของโรค COVID-19 นัดหมายกลุ่มทดลองตามกำหนดไว้

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการ 1 ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับวัคซีน COVID-19 ให้ความรู้วิธีป้องกันโรค COVID-19 สาธิต ATK ให้ความรู้การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างไร นัดหมายกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการ 1 ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 การรับวัคซีน การเข้ากลุ่ม เล่าสู่กันฟัง ร่วมแก้ปัญหา ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสอดแทรกประเด็นปัญหา และแนวทางการที่ถูกต้องเพิ่มเติม นัดหมายกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการ 30 นาที ผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง ร่วมกันสรุปเกี่ยวกับการรับรู้ 4 ด้าน และ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสอดแทรกประเด็นปัญหา และแนวทางการที่ถูกต้องเพิ่มเติม โดยการบรรยาย และสาธิต นัดหมายกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการ 30 นาที ให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบหลังร่วมโปรแกรม ใช้เวลา 15 นาทีเพื่อนำไปวิเคราะห์ แจ้งให้กลุ่มทดลองได้ทราบว่า ได้สิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองกลุ่ม

กลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการ 30 นาที ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บแบบสอบถาม ใช้เวลา 15 นาที กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดูแลแบบปกติ นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดูแลแบบปกติ นัดหมายในการดำเนินการครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มเปรียบเทียบตามนัดหมายให้กลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถาม (Post test) ใช้เวลา 15 นาทีข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์และเปิดโอกาสให้สอบถาม

และแจ้งให้กลุ่มทดลองได้ทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาโรคประจำตัว นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และนำเสนอด้วยจำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว โรคที่เป็นประวัติหลังการฉีดวัคซีน ด้วยสถิติ chi-square test และ Fisher's exact test ส่วนข้อมูลอายุเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test

2. ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันโรคโควิด 19 และคะแนนความตั้งใจการมารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test เนื่องจากมีการกระจายเป็นโค้งปกติ และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มเปรียบเทียบวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test เนื่องจากมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลจำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน เป็นเพศชายจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 และเพศหญิงจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 24 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ41.70 เพศหญิง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 58.50

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 และการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโควิด19 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ		p-value
	mean	SD.	mean	SD.	
การรับรู้การมารับวัคซีนโควิด 19	57.25	4.14	78.75	6.68	<.05
ความตั้งใจในการมารับวัคซีนโควิด 19	30.58	5.35	33.83	2.16	.002

การเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 และความตั้งใจในการมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมของการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 และการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโควิด19 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$ และ $p = .002$) ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 และการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	mean	SD.	mean	SD.	
การรับรู้การมารับวัคซีนโควิด19	78.75	6.68	73.13	3.97	<.05
ความตั้งใจในการมารับวัคซีนโควิด19	33.83	2.16	30.13	2.87	<.05

การเปรียบเทียบระดับคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 และการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 และการตั้งใจในการมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้การมารับวัคซีนและการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 และการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อาจเนื่องจากโปรแกรมการ ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากทฤษฎีของ Becker[17,18] มี 4 ด้านได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์ และ 4) การรับรู้อุปสรรค พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชักจูง แนวความคิดของผู้สูงอายุให้สามารถป้องกันตนเองได้ดีขึ้น โดยใช้กิจกรรมเข้ากลุ่ม เล่าสู่กันฟัง ร่วมแก้ปัญหาและควบคู่กับการสื่อรูปภาพ และวิดีทัศน์ที่แสดงอาการป่วย ความรุนแรงของโรคโควิด 19 ที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker พบว่า“นำความตระหนัก-สร้างความตระหนัก-ผ่านการรับรู้ความรุนแรง-การรับรู้อุปสรรค-สู่การเห็นประโยชน์-แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรม[19] และสอดคล้องกับ[20] พบว่า หากผู้สูงอายุได้รับสื่อข้อมูลที่ถูกต้องสามารถส่งเสริมความตระหนักเห็นประโยชน์ และนำไปปฏิบัติตามจะทำให้สุขภาพดีขึ้น โดยใช้การรับรู้ 4 ด้าน [20] สอดคล้องกับ[5] ของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุจะทำให้มีพฤติกรรมตั้งใจปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ขึ่งความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ใน 4 ด้านเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการรับรู้ที่ดีและมีการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ได้[5]

สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้การมารับวัคซีนและการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้การมารับวัคซีนและการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มีการรับรู้การมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากทฤษฎีของ Becker[18,19] มี 4 ด้าน และ การชักนำสู่การปฏิบัติแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผู้สูงอายุในการรับวัคซีน ต้องเริ่มจากการสร้างการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองร่วมกับการให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่องโดยการชักจูงจากบุคคลในครอบครัวเพื่อนและผู้ที่มีประสบการณ์เช่น เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ให้การรับรู้แนะนำจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นเกิดแรงบันดาลใจที่จะทำ และปฏิบัติตามอย่างมีประสิทธิภาพสูง เช่น การยอมรับการรับการฉีดวัคซีนโควิด 19[13] และการรับรู้ 4 ด้าน โดยใช้การกระตุ้น การสร้างความตระหนัก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่ม และสื่อวิดิทัศน์ สถานการณ์ปัจจุบัน การรับรู้การป้องกันโรคโควิด 19 ด้วยวัคซีน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด19 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่ม เห็นว่าได้ผลตอบรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ดีขึ้น[5] การมารับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ถือเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 และการฉีดวัคซีนช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน[13] คำแนะนำหรือการแจ้งเตือนวัคซีนโดยเจ้าหน้าที่ ที่มีความชำนาญการด้านวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 สามารถโน้มน้าวให้ผู้คนยอมรับวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งเพื่อนสมาชิกในครอบครัว หรือผู้นำชุมชนองค์การภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมด้วยช่วยกันสามารถมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้โน้มน้าวใจและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนของผู้คน[21] และใน สสป.ลาว พบว่า ผู้สูงอายุมีการอาศัยอยู่แบบกระจายในพื้นที่ ทำให้การเข้าถึงบริการและข้อมูลทางด้านสุขภาพได้ยาก การที่บุคคลากรทางสาธารณสุขออกให้บริการเชิงรุกในพื้นที่โดยการให้คำแนะนำและส่งเสริมการรับรู้ของโรคโควิด 19 ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจมารับบริการเพิ่มมากขึ้น

ผลการวิจัยนี้ จึงอาจสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการรับรู้ในการมารับวัคซีนป้องกันโรค และมีความตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 โดยประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้กรอบทฤษฎีของ Becker ต่อการรับรู้ใน 4 ด้านเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้สูงอายุมารับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากงานวิจัย

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้และมีความตั้งใจมารับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มช่วงอายุอื่นๆ

2) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและอสม ควรมีส่วนร่วมในการศึกษาผลโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงขึ้น

References

1. World Health Statistics. Monitoring health for the SDGs Sustainable Development Goals. 2023.
2. Information from Center of Information and Education for Health. In the situation of infection with Covid-19, Lao PDR.
3. Fatih Gunay, bengin Bayraktaroglu, cKahraman Ozkul. Assessing the short-term impacts of COVID-19 pandemic on foreign visitor's demand for Turkey: A scenario analysis. Journal of Ekonomi. 2020;2(2): 80-5.
4. Parapun S. The Effects of the Epidemic of the Corona Virus-2019: Toward the New-Normal Community in Mabo Subdistrict, Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province. Journal of Health and Environmental Education. 2023;8(3):1-3. (In Thai)
5. Danpradit P, Shuaytong P. Outcome of Health Belief Model Program Application on Prevention Perception and Prevention Behavior of COVID-19 in the Diabetic Elderly. Vajira Nursing Journal. 2023; 25(1):1-12. (In Thai)
6. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 Situation Report.2020.
7. Division of Epidemiology and Division of Noncommunicable Diseases. Department of Disease Control.Report on the results of the review. COVID-19 disease situation and preventive control measures at the global level. 2021. (in Thailand)
8. Thanthitithanakul B, Duphaskul S. Health Believes Model on post-Covid-19 infection during Digital Transformation. Journal of MCU Ubon Review. 2021;7(3): 488-93 (In Thai)
9. Atthawong P, Songwathana P. Lesson Learned from the Successfulness of Nurses' Leaders in the Management of Comprehensive Covid-19 Vaccination Service: A Case Study in Vaccination Center, Songkhla. Princess of Naradhiwas University Journal. 2023;15(1), 234-8. (In Thai)
10. Center of Information and Education for Health In the situation of COVID-19 infection, Lao PDR. 2023.
11. Health Epidemiology Division, Savannakhet Province, Lao PDR. statistics on coronavirus disease 2019. 2022
12. Public health statistics in DHIS2, Savannakhet Province, Lao PDR. 2022.

13. Issarasongkhram M. The Relation between the factors of motivations to COVID -19 prevention and access to vaccination service among elderly people. Original Article. 2021;10(2): 56-66 (In Thai)
14. Royal Thai Government. Press release on the 2019 corona virus infection situation. Retrieved 2022. (in Thai)
15. Tanthanapanyakorn P, Weschasat T, Khantikulanon N, Chanmalee S. Effects of The Perception Enhancement Program on Covid-19 Vaccination Among Health Science Students in The Risk Area of Pandemic Situation. VRU Research and Development Journal. 2022; 17(2):2-4. (In Thai)
16. Datesaibua N. The relationship between perceived health belief patterns in COVID-19 prevention with incentives to continue receiving COVID-19 vaccination services in Lin Fah sub-district, Yang Chum Noi District, Sisaket Province. Sisaket Journal of Research and Health Development. 2023;(2):2-8 (In Thai).
17. Becker M H. The health belief model and sick role behavior. Health Education monographs. 1974;2(4): 1-10.
18. Thanthititthanakul B, Duphaskul S. Health Believes Model on post-Covid-19infection during Digital Transformation. Journal of Marvel Cinematic Universe Ubon Review. 2022;7(3): 2-8 (In Thai)
19. White A, Maloney E, Boehm M, Bleakley A, Langbaum J. Factors associated with COVID-19 masking behavior: an application of the Health Belief Model. Health Education Research. 2020;37(6), 452-61.
20. Chitrakorn A. Development of Infographic Media Using Health Belief Model to Promote Health Awareness in Elderly through Line Application. Journal of Arts Management. 2021;5(3): 1-6 (In Thai)
21. Limbu Y.B, Gautam R.K. How Well the Constructs of Health Belief Model Predict Vaccination Intention: A Systematic Review on COVID-19 Primary Series and Booster Vaccines. Vaccines.2023;11(4), 1-5.

ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

The Effect of Family Support on Medication Adherence in Schizophrenic Patients with Violence Behaviors

อรุณกมล ทราบรัมย์* รัชนีกร อุปเสน
Aroonkamole Sarbrum* Ratchaneekorn Upasen
คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10330
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และครอบครัวจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินอาการทางจิต 4) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราคเท่ากับ .85 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การสนับสนุนของครอบครัว, พฤติกรรมการใช้ยา, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

The quasi-experimental research which was conducted as pretest-posttest control group design, aimed; 1) to compare medication adherence behaviors in schizophrenic patients with violence before and after receiving a family support program, and 2) to compare between the groups receiving the family support program and regular nursing care. The sample group was schizophrenic patients with violence who came to receive services at the inpatient department, Prasrimahabhodi Psychiatrict Hospital.They were 40 qualified patients coming along with family. They were randomly assigned to an experimental and Control group of 20

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

วันที่รับ (received) 2 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 31 ธ.ค. 2565

participants each.The research instruments included 1) Family Support Program, 2) Personal Data Questionnaire, 3) Brief Psychiatric Rating Scale 4) Medication

Adherence Scale, and 5) Social Support Scale; all of which have passed the content validity test from 5 experts with the alpha-Cronbrach reliability coefficient of .85 and .89, respectively. The data were subsequently analyzed using means, a standard deviation, and t-test statistics. The results: The medication adherence behavior of schizophrenic patients with violence in was .05 statistically significant and was shown to be higher than before receiving the family support program. The schizophrenic patients with violence who were in the family support program group was shown to be .05 statistically significant in medication adherence behaviors, higher than its counterpart.

Keyword: Family support, Medication adherence, Schizophrenia patients

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการที่ผิดปกติทั้งทางความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม[1] รายงานกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2562-2564 พบผู้ป่วยจิตเภท 273,817 คน 283,065 คน และ 284,273 คนซึ่งพบมากเป็นอันดับแรกของโรคทางจิตอื่น[2] สอดคล้องกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2562-2564 มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่ผู้ป่วยนอกเป็นอันดับที่หนึ่งโดยมีจำนวน 26,039 ราย 23,989 ราย และ 21,134 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.56, 48.13 และ 48.30 ของผู้ป่วยนอก 5 อันดับโรคแรกตามลำดับ[3]

โรคจิตเภทมักมีอาการเรื้อรังและมีอาการกำเริบได้ พบผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบถึงร้อยละ 40.2[4] สาเหตุจากการหยุดยาเอง[1] จึงเป็นเหตุให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า[7] โดยพบความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนถึงร้อยละ 24.6[5] จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงกุมภาพันธ์ 2563 เป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.0-F20.9) ถึง 4,915 ราย (ร้อยละ 37.26)[2] พบผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงโดยแสดงออกในด้านความไม่เป็นมิตร คุกคามทางวาจาและทางร่างกายต่อสมาชิกครอบครัวและคนใกล้ชิด ทั้งในสถานพยาบาล ตำรวจ และในเรือนจำ[6]

ผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศทางเอเชียมีรายงานที่ญี่ปุ่นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อสมาชิกในครอบครัวตลอดชั่วชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 60.9 โดยมารดาถูกกระทำมากที่สุด รองลงมาเป็นบิดา น้องสาว และคู่สมรส ตามลำดับ [7] สอดคล้องกับในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวมากที่สุด[8]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มาจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาถึงร้อยละ 75-90[5,9,10] ซึ่งส่งผลกระทบทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งชาติในสหรัฐอเมริกา อันมีสาเหตุมาจากการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษานั้นอยู่ที่ 1,500 ล้านดอลลาร์ต่อปี (คศ. 2005)[9] สอดคล้องกับประเทศอังกฤษมีค่าใช้จ่ายรายปีของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 40 หรือคิดเป็น 400 ล้านปอนด์ เนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา[10]

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านยารักษาอาการทางจิต ปัจจัยด้านผู้ป่วยในด้านการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยการใช้สารเสพติด การว่างงานไม่มีรายได้และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม[11] ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสมาชิกในครอบครัว[12] โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือญาติจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น[13]

การศึกษาที่ผ่านมามีแนวทางที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น[14] การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม[4] ซึ่งโดยส่วนใหญ่เน้นที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นหลัก มีเพียงบางการศึกษาที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมแต่มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา และการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท

ที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่าการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น[15] ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำครอบครัวเข้ามามีส่วนสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวเป็นอย่างไร

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวเป็นอย่างไร

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

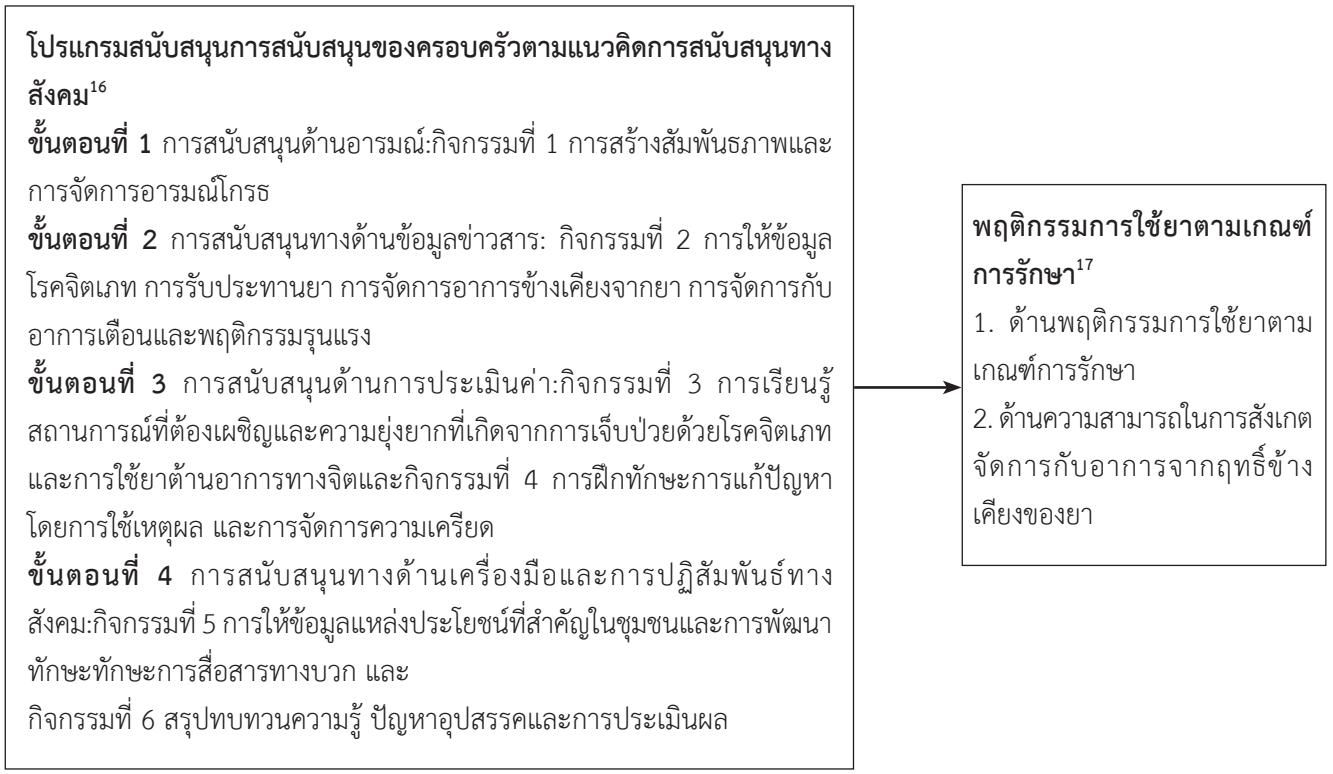
สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[16] ซึ่งมีหลักการสำคัญคือการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการสนับสนุนของครอบครัวทั้ง 4 ด้าน คือ **ขั้นตอนที่ 1)** การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการจัดการอารมณ์โกรธ **ขั้นตอนที่ 2)** การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือ กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการเตือนและพฤติกรรมรุนแรง **ขั้นตอนที่ 3)** การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) คือ กิจกรรมที่ 3 การเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตและกิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยการใช้เหตุผล และการจัดการความเครียด **ขั้นตอนที่ 4)** การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (instrumental support and social interaction) คือกิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนและการพัฒนาทักษะทักษะการสื่อสารทางบวกและ กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวนความรู้ ปัญหาอุปสรรคและการประเมินผลดังแสดงในรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 -ตุลาคม 2564 ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 40 คน และผู้ดูแลครอบครัวละ 1 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10 ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปีที่มาด้วยพฤติกรรมรุนแรง

2. มีอาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน t

3. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายรุนแรงและมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์ในการคัดเลือกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1. บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดามารดา ปู่ย่า ตา ยาย พี่ น้อง ลูกหลาน ลุง ป้า น้า อา ที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ที่มีอายุ 20-59 ปี

2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และอ่านออกเขียนได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและขนาดอิทธิพล โดยใช้โปรแกรม G*power มาใช้ในการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ

ร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และ ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 รายแต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 เป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ ด้วยอายุและเพศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[16]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรรุนแรงและผู้ดูแลประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)18 ฉบับภาษาไทยเพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละราย โดยต้องมีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึงเกณฑ์ปกติหรือ มีอาการทางจิตเล็กน้อย

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา[17] เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย ข้อคำถามข้อที่ 1-9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา คำถามข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ทำเป็นประจำ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม19ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) tangible support 2) affectionate support 3) positive social interaction support และ 4) emotional support เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคยเลยสักครั้ง, 2 = ไม่กี่ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = ส่วนใหญ่, 5 = ตลอดเวลา) ถ้าได้คะแนนรวมมาก ถือว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง

คุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[16] ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านซึ่งมีความเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาให้เหมาะสมก่อนใช้จริง

2. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา[17] ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

3. แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม[19] ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 3 มีนาคม 2564 เลขที่โครงการวิจัย 005/2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และตอบคำถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 ครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. จับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยอายุและเพศ แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้เวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[18] เป็นแบบรายครอบครัว 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) การระบายความรู้สึกและ

การจัดการอารมณ์โกรธ กิจกรรมที่ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) การให้ข้อมูลโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต และพฤติกรรมรุนแรง กิจกรรมที่ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิต กิจกรรมที่ 4) การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยการใช้เหตุผล และการจัดการความเครียด กิจกรรมที่ 5) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนและการฝึกทักษะการสื่อสาร กิจกรรมที่ 6) สรุปทบทวนความรู้ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผล

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การพยาบาลตามปกติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปัจจุบัน ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งของ และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง โดยหากจำเป็นต้องมีการผูกมัดอยู่ห้องจำกัดพฤติกรรม การให้ยาเพื่อให้อาการทางจิตสงบและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การดูแลรักษาในรายที่จำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า การดูแลหลังพฤติกรรมรุนแรงสงบลง โดยการให้การบำบัดทางจิตสังคมรายกลุ่ม รายบุคคลตามสภาพปัญหาที่พบ การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย และการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-MEDTHOD

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการติดตามภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ในวันที่ผู้ป่วยนัดพบแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ 2) วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยรวมและรายด้านโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้สถิติ independent sample t–test และสถิติ pair sample t–test

ผลการวิจัย ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนได้รับโปรแกรม (n = 20)		หลังได้รับโปรแกรม (n = 20)		Mean Diff.	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
กลุ่มทดลอง							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	3.14	0.27	4.69	0.21	1.556	25.339	<.001*
ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.14	0.27	4.36	0.26	1.222	16.744	<.001*
รวมพฤติกรรม	3.14	0.24	4.53	0.20	1.389	25.474	<.001*
กลุ่มควบคุม							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	3.18	0.32	4.08	0.26	0.900	9.834	<.001*
ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.14	0.14	3.69	0.33	0.550	8.564	<.001*
รวมพฤติกรรม	3.16	0.18	3.93	0.29	0.764	10.279	<.001*

p-value from pair t–test,* Significant at the .05 level

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (p<.001) โดยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.389 คะแนน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		Mean Difference	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนได้รับโปรแกรม							
ด้านพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	3.14	0.27	3.18	0.32	0.039	0.418	.678
ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.14	0.27	3.14	0.14	0.006	0.082	.935
รวมพฤติกรรม	3.14	0.24	3.16	0.18	0.022	0.333	.741
หลังได้รับโปรแกรม							
ด้านพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	4.69	0.21	4.08	0.26	0.617	8.203	<.001*
ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	4.36	0.26	3.69	0.33	0.667	7.125	<.001*
รวมพฤติกรรม	4.53	0.20	3.93	0.29	0.603	7.643	<.001*

p-value from independent t–test, * Significant at the .05 level

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และรวมพฤติกรรม p<.001 โดยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน

การอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวช่วยให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนของครอบครัวซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยการให้ครอบครัวเข้ามาสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับทีมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี[20] การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทำให้สภาพแวดล้อมในครอบครัวดีขึ้นทำให้อารมณ์ที่แสดงออกมาลดลงและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น[21] กิจกรรมที่2) การให้ความรู้โรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงซึ่งสอดคล้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น[22] กิจกรรมที่ 3) การเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตสอดคล้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งช่วยในการสังเกตอาการเตือนและการใช้สารเสพติด[22] กิจกรรมที่ 4) เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรง โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยการใช้เหตุผลในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง การจัดการความเครียดซึ่งทักษะการใช้เหตุผลและการแก้ปัญหาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา[23] กิจกรรมที่ 5) การสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยการให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน และการพัฒนา

ทักษะการสื่อสารทางบวก ซึ่งพบว่า สัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา[24] กิจกรรมที่ 6) สรุปทบทวนความรู้ ปัญหา อุปสรรค และการประเมินผล ซึ่งแต่ละกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น[13] ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้พฤติกรรมการรักษาด้วยยาดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในโรงพยาบาลหรือในชุมชน สามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนในโปรแกรมได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ตรงกับความต้องการและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

1.2 การนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวไปใช้ พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าและคงสัมพันธภาพที่ดีตลอดระยะเวลาการดำเนินตามโปรแกรมเพราะจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมมือในกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมถึงปัญหาผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวเอง เพื่อให้นักเรียนนักศึกษาเห็นความสำคัญและนำความรู้ที่ได้จากการนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวมาปรับใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาว เช่น 3 เดือนและ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการได้รับการสนับสนุนของครอบครัว และควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวในรูปแบบอื่น เช่น โดยการทำเป็นรายกลุ่มครอบครัว เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

References

1. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi essential psychiatry. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi hospital; 2015. (in Thai)
2. Department of Mental health Ministry of Public Health. Annual report 2021. Bangkok: 2021. (in Thai)
3. PrasrimahabhodiPsychiatrict hospital. Annual report 2020. Ubolratchathani; (in Thai)
4. Uthaiphan R,Dangdomyouth P. The Effect of Group Motivational Interviewing on Medication Compliance of Schizophrenic Patients in Community. 2013; 27(1), 136-48. (in Thai)
5. Buracharin W. Selected factors related toviolent behaviors of Schizophrenic patientsIncommunity [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.(in Thai)
6. Wehring HJ, Carpenter WT. Violence and schizophrenia. Schizophrenia Bullutin. 2011; 37(5), 877-8.
7. Kageyama M, Yokoyama K, Nagata S, Kita S, Nakamura Y, Kobayashi S, et al. Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. Asia Pacific Journal of Public Health. 2015; 27(6): 652-60
8. Thongtup P. Sawangcharern K. Violent Behavior of Schizophrenic Patients and Violent Management of Family Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division 2013; 31(4): 121-7. (in Thai)
9. Haddad PM, Brain C, Scott J. Non adherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. Patient Relate Outcome Measures. 2014;5: 43-62.

10. Farooq S, Choudry A. Adherence to medication in the community: audit cycle of Interventionsto improve the assessment of adherence. British Journal Psychiatric Bulletin. 2017; 41(1): 41-4.
11. Ljungdalh P. Non-adherence to pharmacological treatment in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders–An updated systematic literature review. TheEuropean Journal of Psychiatry. 2017; 31(4): 172-86.
12. Rahmani F, Ranjbar F, Ebrahimi H, Hosseinzadeh M. The effects of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in families of patients with schizophrenia, 2014. Journal of Caring Sciences. 2015; 4(3): 243-51.
13. Hassan SS, Zaki SM. Social support and its relation with medication adherence among patients with psychiatric illness. The International Organization of Scientific Research Journal of Nursing and Health Science .2018; 7(1): 64-71.
14. Jansook C. Jansook N. Railoy A. The Effects of Brief Intervention on Medication Adherence Behaviors of Schizophrenic Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 170-77. (In Thai)
15. Rungrojwatanasiri P,Soonthornchaiya R,Upasen R.The effect of group social support program on medication adherence of elderly patients with major depressive disorder. The Journal of Psychiatrict Nursing and Mental Health. 2017; 31(1): 119-32. (In Thai)
16. House JS. Reading, MA (Ed.), Work stress and social support. California: Addison–Wesley; 1981.
17. Chiewsothorn S. The effect of empowerment in schizophrenic patients on medication adherence behaviors. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. (In Thai)
18. Overall JE, Gorham DRJPr. The brief psychotic rating scale. 1962; 10(3): 799-812.
19. Rungruangsiripan M, Sitthimongkol Y, Maneesriwongul W, Talley S, & Vorapongsathorn T. Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing.2011; 25(4): 269-83. (in Thai)
20. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, et al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. PLoS One. 2012; 7(4):1-5.
21. Thanekar S, Pawar S, Dhembare A. Impact of Psychoeducation on Expressed Emotion, Family Environment, Drug Adherence and Illness Outcome of Individual with Schizophrenia. National Journal of Professional Social Work. 2021; 22(1): 38-48.
22. Radeef A, Musa R, Ali S, Bakar AA. Assessment of social support, expressed emotion and Compliance to treatment among hospital admitted schizophrenic patients in Malaysia. Journal of International Dental and Medical Research. 2017; 10(1): 179-85.
23. Settem VJ, Karanadi H, Praharaj SK. Cognitive deficits, depressive symptoms, insight, andMedication adherence in remitted patients with schizophrenia. Indian journal of psychiatry.2019; 61(4): 335-41.
24. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of non adherence, a systematic literature reviews. Therapeutic advances in psychopharmacology. 2013; 3(4): 200-18.

ประสิทธิผลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพต่อการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล

The Effect of Using the Health Status Assessment form on the Planning of Adult and Elderly Patient Care Activities of Nursing Practitioner Students

ทินกร บัวชู[1] กมลทิพย์ ใจมาคำ*[2] ขวัญหทัย ยิ้มละมัย[2] เสน่ห์ ขุนแก้ว[3]
Thinnakorn Buachu[1] Kamontip Chaimakham*[2] Khwanhathai Yimlamai[2] Saneh Khunkaew[3]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10250
[1]Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand, 10250
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย 65000
[2]Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand, 65000
[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 50180
[3]Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand, 50180

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิผลในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล และ 2) ความพึงพอใจของผู้เรียนภายหลังการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ปีการศึกษา 2565 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพ 8 แบบแผน แบบประเมินการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจ และการใช้สถิติที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ภายหลังการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพในสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าในสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้เรียนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี สรุปผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลตามขอบเขตหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ช่วยทำการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามที่พยาบาลวิชาชีพมอบหมายภายใต้การกำกับของพยาบาลวิชาชีพ ที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

คำสำคัญ: แบบประเมินภาวะสุขภาพ, ผู้ใหญ่, ผู้สูงอายุ, นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล

Abstract

The purpose of this study was to 1) examine the effectiveness in the adult and elderly patient care activity plan among Practitioner students and 2) evaluate the effect of satisfaction after used of health status assessments form. The sample was recruited from Pibulsongkram Rajabhat University, Academic Year 2022, totaling 30 students. A questionnaire was consisted of; eight health status assessment forms, patient care

Corresponding Author: *Email: milk.ra13@gmail.com

วันที่รับ (received) 4 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ต.ค. 2566

assistance activity plan writing assessment forms; satisfaction assessment form and were using a t-test for comparing pre and post-test.

The results showed that the effectiveness of writing an activity plan to support adult and elderly patient care after used the health status assessment questionnaire in the 4th week was higher than the 2nd week at the statistical significance level at .01 and the students' satisfaction was at a good level. In conclusion, this research reflects the use of the health status assessment form that is appropriate for Practitioner Nursing students according to their scope of duties who is a nursing assistant to take care of patients as assigned by Registered Nurses under the supervision of registered nurses covering physical, mental, social and spiritual health conditions.

Keyword: Functional Health Patterns, Adult, Elderly, Nursing Practitioner Students

บทนำ

การประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการประเมินสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากสามารถวิเคราะห์ภาวะสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และใช้งบประมาณต่ำ[1] แต่สาเหตุหลักของการใช้เทคโนโลยีในการประเมินภาวะสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากผู้ใช้ขาดความเข้าใจในระบบเทคโนโลยีประเมินสุขภาพ ขาดการศึกษาความเป็นไปได้ รวมทั้งค่านิยม เจตคติ และนโยบายองค์กรในการใช้เทคโนโลยีประเมินสุขภาพ[2] ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติและการตรวจร่างกายจึงเป็นทักษะที่สำคัญและช่วยทำให้สามารถระบุปัญหาสุขภาพและวางแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ และหากการประเมินภาวะสุขภาพมีคุณภาพมีความเฉพาะเจาะจง ถูกต้องสมบูรณ์ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ย่อมจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย[3] โดยมีปัจจัยบางปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น ลักษณะทั่วไปของบุคคล ประวัติสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความเครียดในชีวิต และความเครียดจากการทำงานพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะสุขภาพของบุคคล[4] หากนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนก็จะสามารถนำไปสู่การวางแผนการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการศึกษาความคิดเห็นต่อการผลิตผู้ช่วยพยาบาลยังพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล บ้านและในชุมชนได้ โดยเฉพาะการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนและการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หากมีความสามารถในการค้นหาข้อเท็จจริงได้อย่างรวดเร็วก็จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยช่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว และปลอดภัย[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพที่เฉพาะสำหรับนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ดังนั้นการวิจัยนี้จึงใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและกรอบแนวคิดของแนนดา ประกอบด้วย 8 แบบแผน[6] ได้แก่ แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนที่ 2 การรับประทานอาหารและการขับถ่าย แบบแผนที่ 3 การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 อัตลักษณ์ส่วนบุคคลและสุขภาพทางเพศ แบบแผนที่ 6 สุขภาพจิตและการปรับตัว แบบแผนที่ 7 สัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาททางสังคม และแบบแผนที่ 8 คุณค่าและความเชื่อ ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อศึกษาระดับความสามารถในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล

คำถามการวิจัย

การใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพในรายวิชาปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลบุคคลขั้นพื้นฐาน มีผลต่อระดับความสามารถในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลอย่างไร

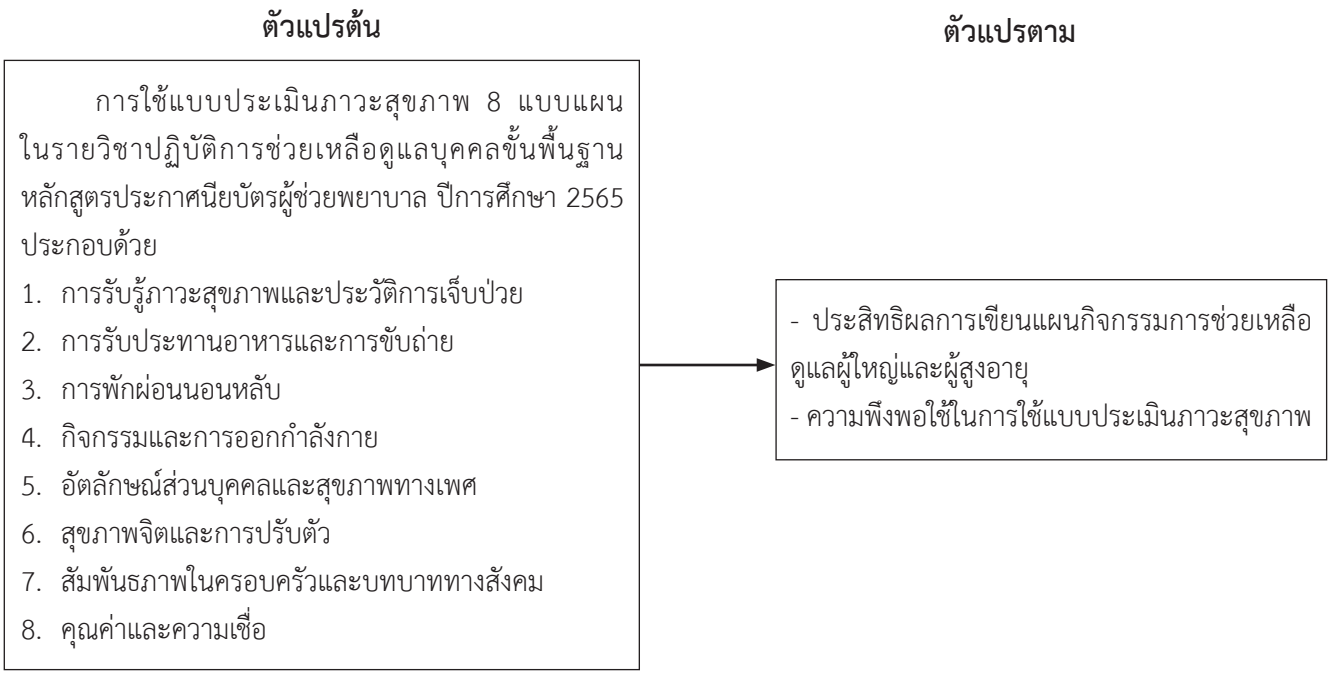
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ในรายวิชาปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลบุคคลขั้นพื้นฐาน
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนภายหลังการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

การเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ภายหลังการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพในรายวิชาปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลบุคคลขั้นพื้นฐาน สัปดาห์ที่ 4 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิด 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 (one-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยโดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power test family ด้วย t-test statistical test ด้วย mean difference from constant (one sample case) กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = .08 ความเชื่อมั่น (α) = .05 และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 27 ราย ทั้งนี้ ผู้วิจัยเผื่อการออกกลางคันของกลุ่มตัวอย่างไว้ร้อยละ 10 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการทดลอง ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน คือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนรายวิชา ปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลบุคคลขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2565 ของหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรใหม่ พุทธศักราช 2563 ปีการศึกษา 2565 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม และ 2) เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก 1) นักศึกษาที่สอบไม่ผ่านในรายวิชาปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลบุคคลขั้นพื้นฐาน และ 2) นักศึกษาที่ลาออกหรือพ้นสภาพในปีการศึกษา 2565

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แบบประเมินภาวะสุขภาพ Thinnakorn et al. 8 functional health patterns ประกอบด้วย 8 แบบแผน[5] ได้แก่ แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนที่ 2 การรับประทานอาหารและการขับถ่าย แบบแผนที่ 3 การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5

อัตลักษณ์ส่วนบุคคลและสุขภาพทางเพศ แบบแผนที่ 6 สุขภาพจิตและการปรับตัว แบบแผนที่ 7 สัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาททางสังคม และแบบแผนที่ 8 คุณค่าและความเชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรายบุคคล มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 10 ข้อ เป็น rating scale 5 ระดับ 5 หมายถึง เขียนแผนได้ถูกต้อง เหมาะสม ครอบคลุม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย 4 หมายถึง เขียนแผนได้ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ แต่มีข้อเสนอแนะในบางประเด็น 3 หมายถึง เขียนแผนได้ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย เป็นส่วนน้อย ต้องให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเป็นส่วนใหญ่ 2 หมายถึง เขียนแผนได้ถูกต้อง เหมาะสม แต่ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ต้องให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเป็นส่วนใหญ่ และต้องให้รายละเอียดเพิ่มเติม และ 1 หมายถึง เขียนแผนไม่ถูกต้อง หรือ ไม่เหมาะสม หรือ ไม่ปรากฏ

แปลผล คือ

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง สามารถเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง สามารถเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง สามารถเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง สามารถเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง สามารถเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

คุณภาพของเครื่องมือ

ข้อคำถามที่สร้างขึ้นมาจากอาจารย์ผู้สอนและผู้รับผิดชอบหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 5 คน ผ่านการหาค่า IOC และปรับข้อคำถามให้กระชับและให้เข้าใจง่ายมากขึ้น ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ซึ่งเป็นค่าความตรงที่ใช้ได้

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากเครือข่ายคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาคมหาวิทยาลัยนเรศวร (Regional Research Ethics Committee: RREC) PSRU-EC No. 2022/063 COA No. 012/2023 มีมติรับรอง วันที่ 18 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Information Sheet for Research Participant) โดยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบว่า มีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ทั้งสิ้น และผลการวิจัยจะไม่สามารถเชื่อมโยงอ้างอิงไปถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือขอความร่วมมือจากอาจารย์ผู้ร่วมสอนและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลองและให้การพิทักษ์ในการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะ ดังนี้

1. อธิบายการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพประกอบด้วย 8 แบบแผน เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ก่อนฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลบุคคลขั้นพื้นฐาน
2. ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งจัดกิจกรรมการเรียนการสอนภาคปกติ ภาคการศึกษาที่ 2/2565 ตามประกาศของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ในรายวิชาปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลบุคคลขั้นพื้นฐาน เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ตั้งแต่ 18 เมษายน 2566 ถึง 19 พฤษภาคม 2566
3. ประเมินการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ภายหลังการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ 8 แบบแผน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4
4. ประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนภายหลังการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปโดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

(descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงที่ปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ dependent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.70 อายุเฉลี่ย 25.40 ปี เป็นนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา NSPN 191 วิชา ปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลบุคคลขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2565 จำนวน 3 หน่วยกิต 3(0-12-0) ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2565 สรุปประสิทธิผลในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรายบุคคล เปรียบเทียบระหว่างสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประสิทธิผลในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรายบุคคล ระหว่างสัปดาห์ที่ 2 และ 4 (n = 30)

ประสิทธิผล	n	สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 4		t	Sig
		Mean	SD	Mean	SD		
การเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแล ผู้ป่วยรายบุคคล	30	33.10	5.82	38.66	5.21	-8.30	.000*

*p < .01

จากตารางที่ 1 ผลของการนำแบบประเมินภาวะสุขภาพมาใช้ พบว่า นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลมีความสามารถในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรายบุคคล ภายหลังสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสรุปผลความพึงพอใจของผู้เรียนภายหลังการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจของผู้เรียนภายหลังการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ

ข้อ	รายการประเมิน	Mean	SD
1	แบบประเมินช่วยให้การรวบรวมข้อมูลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย	4.13	0.63
2	แบบประเมินช่วยให้มองเห็นถึงความเชื่อมโยงกับการวางแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย	4.20	0.71
3	แบบประเมินเข้าใจง่าย	3.73	0.83
4	แบบประเมินสะดวกต่อการใช้งาน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	3.87	0.82
5	แบบประเมินทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ	4.13	0.68
6	แบบประเมินช่วยเป็นแนวทางในการซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ครบถ้วน	4.27	0.69
7	แบบประเมินช่วยทำให้การเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น	3.97	0.76
8	แบบแผนในแบบประเมินมีความครอบคลุมภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ	4.27	0.74
9	แบบประเมินช่วยสะท้อนบทบาทและขอบเขตหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาล	4.23	0.77
10	ความพึงพอใจในแบบประเมินภาวะสุขภาพ โดยรวม	4.30	0.79

จากตารางที่ 2 พบว่า แบบประเมินภาวะสุขภาพ 8 แบบแผน ช่วยเป็นแนวทางในการซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ครบถ้วน ผู้เรียนมีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.27 (SD = 0.69) และแบบแผนในแบบประเมินภาวะสุขภาพมีความครอบคลุมภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้เรียนมีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.27 (SD = 0.74) โดยรวมผู้เรียนมีความพึงพอใจในแบบประเมินภาวะสุขภาพเฉลี่ย 4.30 (SD = 0.79)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลมีความสามารถในการเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องจากนักศึกษามีประสบการณ์ในการนำแบบประเมินมาใช้ในการปฏิบัติงานมากขึ้น โดยการนำแบบประเมินไปใช้ในการฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วยและการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลบนหอผู้ป่วยช่วยให้เข้าใจในการใช้แบบประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูล และนำมาเขียนแผนการช่วยเหลือดูแลได้ดีขึ้น คล้ายคลึงกับการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนความสามารถในการเขียนแผนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และนักศึกษารับรู้ว่าตนเองมีปัญหาในการเขียนแผนการพยาบาลแต่สามารถแก้ปัญหาโดยการปรับความรู้สึกหรือคิดทางบวกที่เกี่ยวข้องกับการเขียนแผนการพยาบาลโดยได้รับการช่วยเหลือในการเขียนแผนการพยาบาลจากเพื่อนและอาจารย์[7] และผลการประเมินความพึงพอใจภายหลังการใช้แบบประเมินพบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจในแบบประเมินภาวะสุขภาพเฉลี่ย 4.30 และแบบประเมินภาวะสุขภาพมีความครอบคลุมภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้เรียนมีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.27 ทั้งนี้อาจเนื่องจากแบบประเมินประกอบด้วยแบบแผนสุขภาพที่ผู้ปฏิบัติคุ้นเคย และที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางในการประเมินสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล และแบบประเมินภาวะสุขภาพนี้ได้ช่วยให้นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลมีแนวทางในการประเมินที่ชัดเจน และช่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลได้ตามลำดับโดยเฉพาะปัญหาที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย[8]

โดยแบบประเมินภาวะสุขภาพ 8 แบบแผน เป็นแบบประเมินที่เป็นแบบฟอร์มการวางแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ประกอบด้วยส่วนของการประเมินประวัติผู้ป่วยทั่วไป ประวัติการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เป็นต้น และส่วนของแบบประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผน เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพที่เป็นคำถามและช่องว่างสำหรับการเติมข้อมูลผู้ป่วย สอดคล้องกับการพัฒนาคำถามเฉพาะและช่องว่างของแบบสอบถามสำหรับการกรอกข้อมูลตามแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน ที่สามารถนำไปสู่การรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ และทำให้นักศึกษามีเจตคติและทักษะในกระบวนการพยาบาลที่ดีขึ้น[9] ซึ่งนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามข้อคำถามในแบบประเมินได้อย่างครอบคลุมภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการคิดวิเคราะห์เพื่อเขียนแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย สามารถระบุปัญหาสุขภาพ ข้อมูลสนับสนุน กำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมิน และกำหนดกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลได้ถูกต้อง เหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโดยเชื่อมโยงข้อมูลจากแบบประเมินภาวะสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาคุณลักษณะของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลพบว่าสามารถสังเกต ซักถาม สืบค้นข้อมูล และรวบรวมข้อมูลที่แท้จริงได้อย่างเป็นระบบ สามารถคิดเชิงวิเคราะห์และมีสมรรถนะในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้[10]

นอกจากนี้หลักการสำคัญในการซักประวัติผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพ สถานที่ต้องมิดชิด มีความเป็นส่วนตัว และใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าอาการต่าง ๆ[11] และการฝึกทดลองการประเมินภาวะสุขภาพเป็นสมรรถนะทางคลินิกเชิงวิชาชีพที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะทางคลินิกที่เป็นการให้เหตุผลทางคลินิก และต้องมีคุณลักษณะทางจริยธรรมในการประเมินโดยใช้เทคนิคการจำลองโดยใช้บทบาทสมมติช่วยให้ผู้เรียนได้เสริมสร้างทักษะทางคลินิกที่ถูกต้อง[12] ดังนั้นก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในสถานพยาบาลผู้เรียนควรได้รับการปฐมนิเทศและพรีคลินิกเรียนรู้การใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ รวมทั้งทบทวนการซักประวัติเบื้องต้นกับผู้ป่วยจำลอง เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความคิดที่เป็นระบบ มีแนวทางการวางตัวที่เหมาะสม เพิ่มความมั่นใจ และเข้าใจจิตใจของผู้ป่วยมากขึ้น[13] สอดคล้องกับการพัฒนาวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ในเนื้อหาเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพพบว่า ผู้เรียนเห็น

ภาพหรือการกระทำที่ชัดเจน ส่งผลให้ผลการเรียนรู้หรือผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และผู้เรียนมีความพึงพอใจ[14]

การประเมินภาวะสุขภาพในองค์กรด้านสุขภาพปัจจุบันจะต้องใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีขั้นสูงในการประเมินภาวะสุขภาพ แต่ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปองค์กรก็จะต้องให้ความสำคัญกับความรู้สึกเชิงบวกทางด้านความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย[15] ดังนั้นทั้งการซักประวัติ การสังเกต การประเมิน และการตรวจร่างกายตามขอบขอบเขตหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาลจะต้องคำนึงถึงแบบแผนคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย เนื่องจากความเชื่อที่มาจากอิทธิพลทางวัฒนธรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกตามความเชื่อทางสุขภาพ หากผู้ช่วยพยาบาลสามารถดูแลภาวะสุขภาพได้อย่างครอบคุลมเป็นองค์รวม โดยเป็นการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่หากพิจารณาองค์ประกอบทุกส่วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณนั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น[16] ทั้งนี้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะต้องมีความสามารถในการเปลี่ยนผ่านด้านการประเมินภาวะสุขภาพในเด็กที่ต้องการความดูแลเป็นพิเศษ ก็จะต้องอาศัยวิธีการและความร่วมกันจากรูปแบบการประเมินที่เน้นตัวผู้ป่วยเด็กเป็นศูนย์กลางไปสู่รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพจากครอบครัวอีกด้วย[17]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

สามารถนำแบบประเมินภาวะสุขภาพ 8 แบบแผน ไปใช้ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การอภิบาลทารกและการช่วยเหลือดูแลเด็ก ฯลฯ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

สามารถวิจัยและพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพให้สอดคล้องกับรายวิชาภาคปฏิบัติอื่น ๆ ตามช่วงวัยในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลได้

References

1. Nemzoff C, Shah HA, Heupink L, Regan L, Ghosh S, Pincombe M, Guzman J, Sweeney S, Ruiz F, Vassall A. Adaptive health technology assessment: a scoping review of methods. Value in Health Journal. 2023; 26(10): 1549–57.
2. Teerawattananon Y, Painter C, Dabak S, Ottersen T, Gopinathan U, Chola L, Chalkidou K, Culyer AJ. Avoiding health technology assessment: a global survey of reasons for not using health technology assessment in decision making. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2021; 19(1): 1-8.
3. Cheevakasemsook A. Health assessment to quality nursing diagnosis: principles, issues and resolutions. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 38-46. (in Thai)
4. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, He J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BioMed Central Public Health. 2013; 320(13): 1-9.
5. Luprasong S, Thanee S, Kittiworavej S, Pinthong P. The perspectives on practical nurse production and the characteristics of practical nurse, faculty of nursing, Ubon Ratchathani University. Humanity and Social Science Journal Ubon Ratchathani University. 2017; 8(2): 133-55. (in Thai)
6. Buachu T, Srivisai T, Khunkaew S, Traprasit Y, Kumpiriyapong N, Posri S. Development in health assessment for practical nurses. Journal of Health and Nursing Research. 2023; 39(1): 34-46. (in Thai)

7. Bunlikitkul T, Singhatanutkit W. Peception of ability of student nurses at the thai red cross college of nursing in 2007 in creating nursing care plans during the fundamentals of nursing practicum. Thai Red Cross Nursing Journal. 2009; 2(1): 60-76. (in Thai)
8. Sirisap P. Development and implementation of clinical practice guidelines for fever management among pediatric patients, [Master of Nursing Science Thesis]. Chaing Mai: Chaing Mai University; 2009. (In Thai).
9. Khatiban M, Tohidi S, Shahdoust M. The effects of applying an assessment form based on The health functional patterns on nursing student's attitude and skills in developing the nursing process. International journal of nursing sciences. 2019; 6(3): 329-33.
10. Nawsuwan K, Nonthaput T, Sotthiyapai S. Correlation and predictive power between analytical thinking and health care competency among practical nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. Journal of Nursing and Health Science. 2016; 17(3): 81-92. (in Thai)
11. Khumrungsee M, Piyarak S, Luechai T, Sirirojporn K, Chaiwong C. How to do effectively history taking: a case study of gynecology system. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2019; 25(1): 71-9. (in Thai)
12. Sottipolanun S. Role-play simulations and guideline to develop the professional competences. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 1-9. (in Thai)
13. Singkapa T, Bunkhrong K, Kaewked S, Petcharoen R. Collected opinions of medical students on studying the history of medicine as part of their orientation program at Somdejphra-jaotaksinmaharaj Hospital's Medical Education Center in Tak Province. Burapha Journal of Medicine. 2019; 6(1): 24-34. (in Thai)
14. Chunggis J, Prammanee N. The development of instructional video on physical examinationin health assessment course based on flipped classroom concept. Eau Heritage Journal Social Science and Humanity. 2017; 7(3): 70-80. (in Thai)
15. Solow M, Perry TE. Change Management and health care culture. Anesthesiology Clinics. 2023; 41(4): 693-705.
16. Kaewsaeng P, Isaramalai S. Development and evaluation of a health assessment procedure for elderly patients in an out-patient department. Thai Journal of Nursing Council. 2017; 32(3): 91-103. (in Thai)
17. LaMothe VJ, Kent K, Hill L, Morton B. Addressing health care transition competencies in nurse practitioner education. The Journal for Nurse Practitioners. 2023; 19(5): 104580. doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.104580

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรัง ในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Related to Mental Health Status of Older Adults with Chronic Illness in the Situation of COVID-19, Nakhon Si Thammarat Province

ปริญดา จันทร์แก้ว[1] สายฝน เอกวรางกูร*[1] นัยนา หนูนิล[1] นันทพร กลิ่นจันทร์[2]
Parinda Junkeaw[1] Saifon Aekwarangkoon*[1] Naiyana Noonil[1] Nuntaporn Klinjun[2]
[1]สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80161
[1]School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand, 80161
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา ประเทศไทย 90110
[2]Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Songkhla, Thailand, 90110

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุภาวะเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 423 คน เครื่องมือการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 และ 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต DASS-21 แบบสอบถามส่วนที่ 2 มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.6-1 แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดระดับปานกลางและเล็กน้อยร้อยละ 0.24 เท่ากัน มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง และเล็กน้อย ร้อยละ 19.86 และ 4.96 ตามลำดับ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและเล็กน้อยร้อยละ 18.20 และ 1.42 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 คือ การสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ ($p < .05$) และการรับการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ ($p < .01$) บุคลากรสุขภาพควรสนับสนุนผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หรือโรคอุบัติใหม่

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ภาวะเรื้อรัง, สุขภาพจิต, โรคโควิด 19

Abstract

This descriptive research aimed to study the mental health status and factors related to the mental health status of older adults with chronic illnesses during the COVID-19 pandemic. The sample comprised 423 older adults with chronic illnesses who received care at subdistrict health-promoting hospitals in Nakhon Si Thammarat Province. The research instruments included 1) a general information questionnaire, 2) a questionnaire on factors related to the mental health status of older adults with chronic illnesses during the COVID-19 pandemic, and 3) the Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 Items (DASS-21). The IOC of the questionnaire parts 2 was 0.6-1, the reliability of the questionnaire parts 2 and 3 was 0.91 and 0.89

*Correponding author: E-mail: saifon.aekwarangkoon@gmail.com

วันที่รับ (received) 8 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 มี.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 เม.ย. 2566

respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, and Fisher's Exact Test.

The study found that 0.24% of the subjects had moderate and mild stress, anxiety at moderate level (19.86%) and mild level (4.96%) respectively, depression at moderate level (18.20%) and mild level (1.42%) respectively. Factors associated with mental health status of elderly people with chronic illness in the COVID-19 situation were close contact with infected people ($p < .05$) and ongoing treatment for chronic illnesses from healthcare providers ($p < .01$). Based on these findings, healthcare providers should encourage older adults with chronic illnesses to have continuous access to health services to prevent mental health problems during the COVID-19 pandemic or future emerging diseases.

Keywords: Older adult, Chronic Illness, Mental Health, COVID-19

บทนำ

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต[1] ประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 6.60 เนื่องจากมีความเปราะบาง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเท่าตัว สถิติการเกิดภาวะเรื้อรังทั่วโลกพบในกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 85 ผลการสำรวจประชากรสูงอายุไทยพบการเจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 50[2] ด้วยลักษณะพยาธิสภาพ ระยะเวลาการดำเนินโรค การเจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังส่งผลต่อภาวะทุพพลภาพ[3] การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ภาวะเรื้อรังจึงนำสู่ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ[4] โดยเฉพาะในสถานการณ์โรคโควิด 19 ที่ส่งผลให้ภาวะเรื้อรังรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นสูงสุดในผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19[5]

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 ส่งผลกระทบด้านบุคคลส่งผลให้การพยากรณ์โรคแย่ลง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในชุมชนมีความสามารถในการควบคุมภาวะเรื้อรังได้ไม่ดีเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต ผลกระทบต่อครอบครัวพบว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและเกิดภาระในการดูแลตามมา ผลกระทบต่อสังคมพบว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลให้เกิดนโยบายและแนวปฏิบัติรองรับสังคมสูงวัยรวมทั้งแนวทางการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น ด้านระบบบริการสุขภาพ ภาครัฐต้องวางแผนลงทุนและพัฒนากำลังคนในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความสามารถในการเฝ้าระวังและประเมินปัญหาสุขภาพจิต[6] เพื่อให้การสนับสนุนการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างชัดเจน[7] ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงตามวัยและความเสื่อมตามธรรมชาติที่นำสู่ปัญหาสุขภาพจิต คือ 1.1) จำนวนโรคเรื้อรัง[8] ที่มากขึ้นส่งผลให้ร่างกายแย่ลงจนเกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ 1.2) ความเพียงพอของรายได้[9] 1.3) การสนับสนุนทางสังคม[10] เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 คือ 2.1) การติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ[11] 2.2) การสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในครอบครัว[11] 2.3) การรับข้อมูลข่าวสาร[12] 2.4) การรับวัคซีน[13] 2.5) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19[13] และ 2.6) การรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง[14] ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่าภาวะสุขภาพจิตมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุภาวะเรื้อรัง ผลการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาปรากฏการณ์ในต่างประเทศ ในประเทศไทยยังพบได้น้อย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในชุมชน จึงทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตรวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มี

ประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง ความเพียงพอของรายได้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 ได้แก่ การติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ การสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด 19 ของสมาชิกในครอบครัว การรับข้อมูลข่าวสาร การรับวัคซีน พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 และการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง ความเพียงพอของรายได้ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 ได้แก่ การติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ การสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด 19 ของสมาชิกในครอบครัว การรับข้อมูลข่าวสาร การรับวัคซีน พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 และการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต คือ ภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า[7] ปัญหาดังกล่าวสัมพันธ์กับปัจจัย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล คือ จำนวนโรคเรื้อรัง[8] ความเพียงพอของรายได้[9] การสนับสนุนทางสังคม[10] และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 คือ การติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ[11] การสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด 19 ของสมาชิกในครอบครัว[11] การรับข้อมูลข่าวสาร[12] การรับวัคซีน[13] พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19[13] และการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง[14]

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 23 อำเภอ 165 ตำบล ประชากรรวมทั้งสิ้น 121,364 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 8 เดือนกันยายน พ.ศ. 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 23 อำเภอ 165 ตำบล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร Krejcie & Morgan[15] ได้จำนวน 383 คน ป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10[16] รวมทั้งสิ้น 423 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดไว้ศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) คะแนน Mini-Cog มากกว่า 3 คะแนน 2) ADL มากกว่า 4 คะแนน 3) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการฟังและมองเห็น เกณฑ์การออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ 2) ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) คือ ขั้นตอนที่ 1 จังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งการปกครองออกเป็น 23 อำเภอ สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) แบบจับฉลากไม่คืนจำนวน 2 อำเภอ คือ อำเภอจุฬาภรณ์ และอำเภอร่อนพิบูลย์ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของอำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) แบบจับฉลากไม่คืนที่จำนวนอำเภอละ 3 แห่ง และคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุภาวะเรื้อรัง และขั้นตอนที่ 3 สุ่มง่าย (sample random sampling) ตามสัดส่วนที่คำนวณ ตามเลขรหัสของโรงพยาบาล (HN.) ของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะเติมคำ หรือเลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้

ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษา ผู้ดูแลหลัก ที่อยู่อาศัย อาศัยอยู่กับ และแหล่งสนับสนุนเมื่อต้องการคำปรึกษาหรือแหล่งช่วยเหลือ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ภาวะสุขภาพจิตของสูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง และความเพียงพอของรายได้ ส่วนที่ 2.2 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดยกชชุกร หว่างนุ่ม[17] ข้อคำถามมีทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะแบบมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ไม่แน่ใจ/เฉย ๆ เล็กน้อย และไม่เลย การแปลผลค่าคะแนน โดยกำหนดคะแนนเฉลี่ยตามความหมาย 5 ระดับ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด, ต่ำ, ปานกลาง, สูง และสูงที่สุด ส่วนที่ 2.3 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ การสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ในครอบครัว การรับข้อมูลข่าวสาร การรับวัคซีน พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 และการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) พัฒนาโดย Lovibond และคณะ เมื่อปี 1995 แปลเป็นภาษาไทย[18] ประเมินภาวะสุขภาพจิต 3 ด้าน คือ ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถาม 21 ข้อ มีลักษณะแบบเลือกตอบ เกณฑ์การประเมินคือ 0 = ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย 1 = ตรงกับข้าพเจ้าบ้าง หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง 2 = ตรงกับข้าพเจ้าหรือเกิดขึ้นบ่อย และ 3 = ตรงกับข้าพเจ้ามากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด ภาวะเครียด ประกอบด้วยคำถามข้อ 1,6, 8, 11, 12, 14, 18 ภาวะวิตกกังวล ประกอบด้วย คำถามข้อ 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20 และภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย คำถามข้อ 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 แปลผลจากค่าคะแนนรวมแบ่งระดับความรุนแรง คือ ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง และระดับรุนแรงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2.1 และ 2.3 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ แพทย์เวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการจัดการปัญหาสุขภาพเรื้อรังในชุมชน 1 ท่าน มีค่า IOC ทั้ง 3 ส่วนเท่ากับ 0.6-1 ส่วนที่ 2.2 และส่วนที่ 3 หาค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกาโห่เหนือ อ.จุฬาภรณ์ จ.นครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน ก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ได้ค่าเท่ากับ 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขอนุมัติ WUEC-22-064-01 อนุมัติวันที่ 7 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้เข้าร่วมที่สมัครใจมีการเซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และชี้แจงการวิจัยจากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ถึงผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่ง เพื่อขอดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับทีมผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พื้นที่ละ 2-3 คน ชี้แจงรายละเอียดของการรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ โดยใช้ Google Form ผู้วิจัยเตรียมสมรรถนะของผู้ช่วยวิจัยเพื่อฝึกทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องในพื้นที่เป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการขอให้เซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ใช้เวลา 20-30 นาทีต่อคน ปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และบันทึกรหัส

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-Squared Test หรือ Fisher's Exact Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 (n = 423)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะเครียด		
ไม่มีภาวะเครียด	421	99.52
มีภาวะเครียดระดับปานกลาง	1	0.24
มีภาวะเครียดระดับเล็กน้อย	1	0.24
ภาวะวิตกกังวล		
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	318	75.18
มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง	84	19.86
มีภาวะวิตกกังวลระดับเล็กน้อย	21	4.96
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	340	80.38
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	77	18.20
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	6	1.42

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 61.23 อายุเฉลี่ย 70.18 ปี (SD=8.05) ช่วงอายุ 60-69 ปี พบมากที่สุดร้อยละ 53.20 ร้อยละ 94.56 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 65.48 สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.74 ร้อยละ 43.51 อาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ย 4,822 บาท/เดือน (S.D.= 272.10) ร้อยละ 100.00 มีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดระดับปกติร้อยละ 99.52 รองลงมาระดับเล็กน้อยและปานกลาง ร้อยละ 0.24 เท่ากัน มีภาวะวิตกกังวลระดับปกติ ปานกลาง และเล็กน้อย ร้อยละ 75.18, 19.86 และ 4.96 ตามลำดับ มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ ปานกลาง และเล็กน้อยร้อยละ 80.38, 18.20 และ 1.42 ตามลำดับ

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรัง

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.43 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 27.19 และ 8.98 ตามลำดับ ร้อยละ 73.99 มีโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 23.88 มีโรคเรื้อรัง 2 โรค มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงที่สุดทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน และการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ร้อยละ 50.35, 58.63, 48.94, 49.88 ตามลำดับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 พบว่า ร้อยละ 72.10 ไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 25.53 เคยติดเชื้อโควิด 19 ปัจจุบันรักษาหายแล้ว ร้อยละ 84.63 เคยสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 83.92 รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โควิด 19 จากครอบครัว เพื่อน หรือคนรู้จัก ร้อยละ 51.06 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 จำนวน 3-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 65.48 ได้รับวัคซีนโควิด 19 จำนวน 2 เข็ม ร้อยละ 61.94 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 สม่ำเสมอ ได้แก่ ใช้เจลล้างมือ/ล้างมือ, สวมหน้ากากอนามัย และมีการเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร ร้อยละ 61.94, 66.67, 57.92 ตามลำดับ 56.97 พบแพทย์เพื่อรับยาด้วยตนเอง

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 (n = 423)

ตัวแปร	Total (N = 423)	ภาวะเครียด		X^2 (p-value	ภาวะวิตกกังวล		X^2 (p-value	ภาวะซึมเศร้า		X^2 (p-value
		ปกติ (ร้อยละ)	เล็กน้อย-รุนแรงมาก (ร้อยละ)		ปกติ (ร้อยละ)	เล็กน้อย-รุนแรงมาก (ร้อยละ)		ปกติ (ร้อยละ)	เล็กน้อย-รุนแรงมาก (ร้อยละ)	
ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล										
จำนวนโรคเรื้อรัง				.601[a](.453)			1.451 (.141)			.455(.293)
มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	313	312(73.76)	1(0.24)		240(56.74)	73(17.26)		254(60.05)	59(13.95)	
มีโรคเรื้อรัง≥ 2 โรค	110	109(25.76)	1(0.24)		78(18.44)	32(7.56)		86(20.33)	24(5.67)	
ความเพียงพอของรายได้				.853[a](.492)			.314 (.334)			.005(.519)
รายได้เพียงพอ	297	295(69.74)	2(0.47)		221(52.25)	76(17.97)		236(55.79)	78(18.44)	
รายได้ไม่เพียงพอ	126	126(29.79)	0(0)		97(22.93)	29(6.86)		104(24.59)	5(1.18)	
การสนับสนุนทางสังคม				.039[a](.962)			2.770(.103)			.150(.487)
การสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด/ต่ำ/ปานกลาง	8	8(1.89)	0(0)		4(0.95)	4(0.95)		6(1.42)	2(0.47)	
การสนับสนุนทางสังคมสูง/สูงที่สุด	415	413(97.64)	2(0.47)		314(74.23)	101(23.88)		334(78.96)	81(19.15)	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19										
การติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ				5.194[a](.077)			.882[a](.207)			.527(.276)
ไม่เคยติดเชื้อโควิด 19	309	309(73.05)	0(0)		236(55.79)	73(17.26)		251(59.34)	58(13.71)	
กลุ่มผู้เคยติดเชื้อโควิด 19	112	112(26.48)	2(0.47)		82(19.39)	32(7.56)		89(21.04)	25(5.91)	
การสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ของสมาชิกในครอบครัว				2.237(.256)			5.859(.009*)			11.148(.000***)
ไม่เคยสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ของครอบครัว	58	57(13.48)	1(0.24)		51(12.06)	7(1.65)		56(13.24)	2(0.47)	
เคยสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ของครอบครัว	365	364(86.05)	1(0.24)		267(63.12)	98(23.17)		284(67.14)	81(19.15)	
สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ของครอบครัว										
การรับข้อมูลข่าวสาร				.350[a](.521)			.096 (.429)			.157(.393)
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร/1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	130	129(30.49)	1(0.24)		99(23.40)	31(7.33)		103(24.35)	27(6.38)	
3-6 ครั้งต่อสัปดาห์/มากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์	293	292(69.03)	1(0.24)		219(51.77)	74(17.50)		237(56.03)	56(13.24)	
การรับวัคซีนโรคโควิด 19				.345[a](1.000)			1.901(.112)			1.565(.141)
ไม่รับวัคซีนโรคโควิด 19	63	62(14.65)	1(0.24)		43(10.17)	20(4.73)		47(11.11)	16(3.78)	
รับวัคซีนโรคโควิด 19	360	359(84.87)	1(0.24)		275(65.01)	85(20.09)		293(69.27)	67(15.84)	
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19										
- การใช้เจลล้างมือ/ล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19				.069[a](.935)			.861[a](.282)			1.430[a](.203)
ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติบางครั้ง	14	14(3.31)	0(0)		12(2.84)	2(0.47)		13(3.07)	1(0.24)	
ปฏิบัติบ่อยครั้ง/ปฏิบัติสม่ำเสมอ	409	407(96.22)	2(0.47)		306(72.34)	103(24.35)		327(77.30)	82(19.39)	
- การสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19				.054[a](.949)			.267[a](.459)			.015[a](.630)
ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติบางครั้ง	11	11(2.60)	0(0)		9(2.13)	2(0.47)		9(2.13)	2(0.47)	
ปฏิบัติบ่อยครั้ง/ปฏิบัติสม่ำเสมอ	412	410(96.93)	2(0.47)		309(73.05)	103(24.35)		331(78.25)	81(19.15)	
- เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตรเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19				.121[a](.890)			3.707 (.037)			2.056[a](.116)
ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติบางครั้ง	24	24(5.67)	0(0)		22(5.20)	2(0.47)		22(5.20)	2(0.47)	
ปฏิบัติบ่อยครั้ง/ปฏิบัติสม่ำเสมอ	399	397(93.85)	2(0.47)		296(69.98)	103(24.35)		318(75.18)	81(19.15)	
การรับการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพในสถานการณ์ โรคโควิด 19										
- การรับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรคเรื้อรังได้ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด19				1.518[a](.509)			43.754(.000***)			72.402(.000***)
พบแพทย์เพื่อรับยาด้วยตนเอง	237	235(55.56)	2(0.47)		149(35.22)	88(20.80)		156(36.88)	81(19.15)	
ให้ผู้อื่นรับยาแทน/รับยาทางไปรษณีย์/ซื้อยารับประทานเอง	186	186(43.97)	0(0)		169(39.95)	17(4.02)		184(43.50)	2(0.47)	
- การจัดการอย่างเร่งด่วนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพในช่วงสถานการณ์ โรคโควิด 19				6.324[a](.058)			7.372(.004**)			29.615(.000***)
พบแพทย์เพื่อรับยาด้วยตนเอง	321	321(75.89)	0(0)		231(54.61)	90(21.28)		239(56.50)	82(19.38)	
ไม่พบแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์/ติดต่อผ่านอสม.เพื่อรับการช่วยเหลือ/บำบัดรักษาออนไลน์ และรับยาทางไปรษณีย์/ซื้อยารับประทาน	102	100(23.64)	2(0.47)		87(20.57)	15(3.55)		101(23.88)	1(0.24)	

*p < .05, **p < .01, ***p < .001 [a](Fisher's Exact Test)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่า การสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ของสมาชิกในครอบครัว ($p < .05$) การรับการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพในสถานการณ์โรคโควิด 19 ($p < .01$) ได้แก่ วิธีในการรับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรคเรื้อรังได้ในสถานการณ์โรคโควิด 19 และการจัดการอย่างเร่งด่วนในสถานการณ์โรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดระดับเล็กน้อยและปานกลางร้อยละ 0.24 เท่ากัน ร้อยละ 19.86 มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลางและระดับเล็กน้อยร้อยละ 4.96 ขณะที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและเล็กน้อยร้อยละ 18.20 และ 1.42 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากภาวะเรื้อรัง และจากสถานการณ์โรคโควิด 19 นำไปสู่ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าได้สูง สอดคล้องผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า มาตรการล็อกดาวน์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิต[7] สอดคล้องกับผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตจากโรคโควิด 19 และการเพิ่มขึ้น Systolic blood pressure (SBP) นำไปสู่ความเสี่ยงที่มากขึ้นของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วงระยะเวลา 1 ปี[3] อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพซับซ้อน ร้อยละ 73.99 ไม่เคยมีการติดเชื้อโรคโควิด 19 และ 1 ใน 4 ให้ข้อมูลว่าเคยติดเชื้อโรคโควิด 19 แต่ปัจจุบันรักษาหายแล้ว

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 พบว่าการสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบทางจิตวิทยาในเมืองหวู่ฮั่นที่พบว่าการมีสมาชิกในครอบครัวที่สงสัยหรือได้รับการยืนยันติดเชื้อโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ[11] เนื่องจากการมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโรคโควิด 19 ทำให้คนในครอบครัวและสังคมรอบข้างรู้สึกวิตกกังวลต่อสภาพร่างกายจิตใจ รู้สึกกลัว ไม่ปลอดภัย

การรับการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพในสถานการณ์โรคโควิด 19 ได้แก่ วิธีในการรับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรคเรื้อรังได้ในสถานการณ์โรคโควิด 19 เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพต้องการจัดการอย่างเร่งด่วนในสถานการณ์โรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้รับบริการด้านสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนขั้นตอนในการเข้ารับบริการตรวจทางการแพทย์ เนื่องจากสถานพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อและผู้มารวมตัวจำนวนมากจึงมีความเสี่ยงจากโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบจากการระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19 ต่อคุณภาพชีวิต ความผาสุกทางร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงแพทย์มีความผาสุกทางจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[14]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. บุลลากรสุขภาพนำผลวิจัยที่ได้ไปใช้ในการเฝ้าระวัง ประเมิน และพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุภาวะเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มสัมผัสกับสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อโรคโควิด 19

2. ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด ทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) ผลกระทบทั้งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ควรมีการจัดการแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อดูแลช่วยเหลือภาวะสุขภาพจิตโดยเฉพาะกลุ่มสัมผัสกับสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 และให้ความสำคัญกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

2. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการป้องกันภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังเมื่อเกิดโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังเมื่อเกิดโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

References

1. Liu X, Liu F, Ruan W, Chen Y, Qu SH, Wang W. Mental health status and associated contributing factors among the Hakka elderly in Fujian China. Frontiers in Public Health 2022; 10(1): 1-9.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Stauation of the thai Older Persons 2020. 1st ed. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research; 2021. (in Thai)
3. Zhang C, Xiao S, Shi L, Xue Y, Zheng X, Dong F, et al. Urban–Rural Differences in Patterns and Associated Factors of Multimorbidity Among Older Adults in China: A Cross-Sectional Study Based on Apriori Algorithm and Multinomial Logistic Regression. Front Public Health 2022; 9(1): 1-9
4. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression A Significant Mental Health Problem of Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(3): 24-31. (in Thai)
5. Srijanpal W, Thatan S, Sajai K, Pinsakul C. Nurse's Lived Experiences in Caring for COVID-19 Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2022; 23(1): 111-20. (in Thai)
6. Sriwanichakorn S, Non-communicable disease (NCD) management in Thailand and its challenges of primary care units. Journal of Primary Care Systems and Family Medicine 2018; 4(2): 4-7. (in Thai)
7. Akalu TY, Gelaye KA, Bishaw MA, Tilahun SY, Yeshaw Y, Azale T, et al. Depression, Anxiety, and Stress Symptoms and Its Associated Factors Among Residents of Gondar Town During the Early Stage of COVID-19 Pandemic. National Library of Medicine 2021; 14(1): 1073-83.
8. Mongkolsrisawat N. Prevalence and related Factors with depression in elderly patients with chronic diseases Samsung hospital Khon Kaen province. Journal of Health and Environmental Eucation 2021; 6(3): 1-7. (in Thai)
9. Sanguanchue A, Tanthanapunyakorn P, Sillaparassamee R. Factors Associated to Stress among Elderly People in Chaibadan Sub-District Chaibadan District Lopburi Province. Journal of Safety and Health 2019; 12(1): 1-11. (in Thai)
10. Bjørlykhaug KI, Karlsson B, Hesook SK, & Kleppe LC. Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. Nordic Social Work Research 2021; 1(1): 1-32.
11. Mei, Q., Bryant, F. W. A., Wei, L., Yuan, X., & Li, J. Mental health problems among COVID-19 survivors in Wuhan, China. World Psychiatry 2021; 20(1): 139- 40.
12. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak Amplification of public health consequences by media exposure. Health Psychology 2020; 39(5): 355–7.
13. Perez-Arce F, Angrisani M, Bennett D, Darling J, Kapteyn A, Thomas K. COVID-19 vaccines and mental distress. Public Library of Science 2021; 16(9): 1-11.

14. Bargon C, Dam IE, Molen DMV, Leij FVD, Bijlsma RM, Dalen TV, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on quality of life, physical and psychosocial wellbeing in breast cancer patients and survivors - A prospective, multicenter cohort study. European Journal of Cancer 2021; 138(1): 1-17.
15. Krejcie RV, & Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607–10.
16. Grund S, Lüdtke O, & Robitzsch A. Missing data in multilevel research. American Psychological Association 2019; 1(1): 365-86.
17. Wangnum K. Factors related to self-casre agency of older people with cancer receving chemotherapy. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai)
18. Oei T, Sawang S, Goh YW, & Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. International Journal of Psychology 2013; 48(6): 1018-29. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Effects of an Experiential Learning Enhancement Program on knowledge and care practices of caregiver-dependent elderly

รุ้งทิวา จันทร์งาม*[1] นุชรัตน์ มังคละคีรี[2] เดชา ทำดี[3]

Rungtiwa Janngarm*[1] Nutcharat Mangkarakeree[2] Decha Tamdee[3]

[1]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพง, นครพนม, ประเทศไทย 48140

[1]Banphaeng District Health Office, Nakhon Phanom, Thailand 48140

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม, มหาวิทยาลัยนครพนม, นครพนม, ประเทศไทย 48000

[2]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom Thailand 48000

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่, ประเทศไทย 50200

[3]Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มแล้วจึงนำ 2 กลุ่มมาจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 2) แบบรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ และแบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัย ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) จากผลการวิจัยควรสนับสนุนส่งเสริมและเผยแพร่ การนำโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบการจัดบริการสุขภาพในเรื่องต่างๆ ตามประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์,ผู้ดูแลผู้สูงอายุ,ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This research is a quasi-experimental research have a purpose to study the effect of an experiential learning promotion program on knowledge and practice of caring for the dependent elderly of elderly caregivers The sample group consisted of 60 elderly carers who were randomly drawn into group samples, then 2 groups were drawn into the experimental group and the comparison group, 30 people each.

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

วันที่รับ (Received) 6 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 12 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 19 พ.ย. 2566

The experimental group received an experiential learning program for a period of 6 weeks. The comparison group was assigned to perform normal tasks. The research tools were 1) an experiential learning promotion program 2) a data collection consisting of general information questionnaire observation form for caring for the elderly and a knowledge test of taking care of the elderly Verify accuracy Cronbach's alpha coefficient is .88. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test. The research results can be summarized as follows The average score of knowledge and practice of caring for the dependent elderly of elderly caregivers After receiving the experiential learning promotion program for the experimental group higher than the comparison group It was statistically significant (p<.001). The average scores of knowledge and practice of caring for the dependent elderly of the experimental group after receiving the experiential learning promotion program higher than before receiving the program Statistically significant (p<.001) From the research results the implementation of experiential learning programs should be supported, promoted and disseminated. to apply in designing health services in various matters According to the experience of the target group.

Keyword: Experiential Learning Enhancement Program, Caregiver, Dependent Elderly

บทนำ

ประเทศไทยเป็น"สังคมผู้สูงอายุ"(Aged society) มานานมากกว่า 10 ปี ซึ่งหมายถึงการที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดลงเรื่อยๆ จากนั้นจะกลายเป็น"สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์" (Complete aged society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และถ้าสถานการณ์โครงสร้างของประชากรไทยยังคงเป็นเช่นนี้ ประเทศไทย จะเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" (Super aged society) เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20)[1] ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด[2] ทั้งนี้การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจาก กระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม เศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล[3] โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย คาดประมาณงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาท ต่อปี[4]

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน อาจต้องได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพ การให้การพยาบาล บริการด้านสังคม การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน รวมถึงการปรับปรุงสภาพ แวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น[5] กระทรวงสาธารณสุข คาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี 2567-2568 โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกว่าร้อยละ 15 ซึ่งย่อมส่งผลให้รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อดูแลและปฐมพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว[5]

บุคคลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (70 ชม.)[6] มีหน้าที่หลักในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้ามา ซึ่งส่งผลต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างมาก[7] เกิดข้อจำกัดหลายๆ ด้าน ในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหา ไม่ว่าจะเป็นต่อตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาต่อระบบการดูแล รวมทั้งปัญหาต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการอบรมมานาน ไม่ได้รับการฟื้นฟูทักษะความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีคุณภาพ จึงต้องมีการส่งเสริมผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีศักยภาพมากขึ้นตามสถาณการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีประสบการณ์เดิมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่แล้ว ดังนั้นการจัดการ

ส่งเสริมให้ได้รับการพัฒนาต่อยอดจากประสบการณ์เดิม จึงเป็นประโยชน์และต่อยอดความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ[8] พบว่าสามารถพัฒนาให้ผู้เรียนมีพัฒนาทางด้านความคิด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจเนื้อหาความรู้ มีแรงจูงใจ ในการเรียน มีความสามารถในการแก้ปัญหาและสามารถนำสิ่งที่ได้จากเรียนรู้ไปปฏิบัติใช้ในการทำงานได้จริง อีกทั้งรูปแบบการเรียนรู้ มีลำดับองค์ประกอบที่ชัดเจนทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์รูปธรรม การสะท้อนความคิดและการอภิปราย ความคิดรวบยอด และประยุกต์แนวคิด/ทดลองปฏิบัติ[8] แต่ละองค์ประกอบผู้เรียนมีส่วนร่วม ไม่ใช่การฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว อีกทั้งผู้สอนคอยกระตุ้นผู้เรียนอยู่ตลอดเวลา เกิดการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนและผู้สอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการเรียนรู้ และจากการศึกษาของสุประภา ยะรังสี เรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และทักษะงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์[8] ในการศึกษา พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[9] และการศึกษาของอำพิกา คันทาใจและคณะ เรื่องผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์[8] ในการศึกษา พบว่าระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติฯ หลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สูงกว่าก่อนเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<.001$) และภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$, $p<.001$,$p<.001$) ตามลำดับ[10]

จากการศึกษาพบว่ายังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ดังกล่าว เห็นได้ว่าสามารถนำมาส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ประสบการณ์ตรงเป็นแหล่งที่มาของการเรียนรู้และเป็นพื้นฐานสำคัญของการเกิดความคิด ความรู้และการกระทำต่าง ๆ[11] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บมาใช้ในการพัฒนาส่งเสริมผู้ดูแลผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกิดการเรียนรู้และสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ นำสู่การปฏิบัติส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม เหมาะสมตามสภาพปัญหา เกิดประโยชน์ที่สูงสุดต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

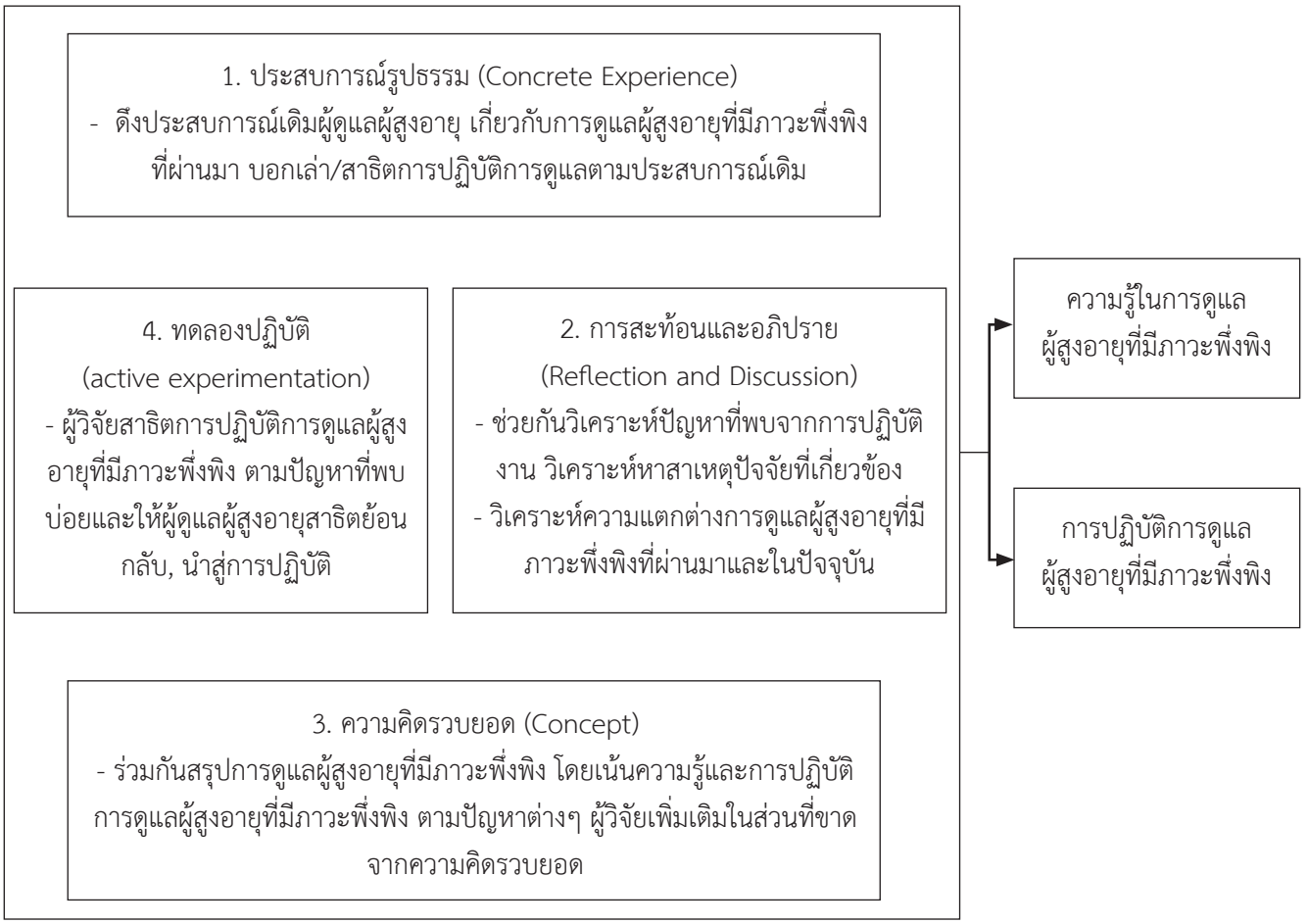
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์[8] เป็นแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ ประกอบไปด้วย 4 ขั้น คือ ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม ขั้นที่ 2 สะท้อนความคิดและอภิปราย ขั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด และขั้นที่ 4 ทดลองปฏิบัติ ซึ่งส่งผลให้มีการพัฒนาทางด้านความคิด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความสามารถในการแก้ปัญหา เกิดเป็นความรู้และสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มทดสอบก่อน-หลังการทดลอง ประชากร คือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามกรมอนามัยกำหนด พื้นที่อำเภอบ้านแพง ใน 6 ตำบล ทั้งหมด 116 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามกรมอนามัยกำหนด พื้นที่ตำบลโพนทองและตำบลหนองแวง คัดเลือกโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แล้วจึงนำ 2 ตำบลดังกล่าวมาจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คำนวนโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว กำหนดค่าความเชื่อมั่น. 05 อำนาจการทดสอบ .80 และกำหนดค่าอิทธิพล .80 จากการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียง) เรื่องผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำ ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[12] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน กลุ่มละ 21 คน (กลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ) รวมเป็น 42 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงคำนวณจากสูตรป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 53 คน และเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายเข้าโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ รวมทั้งมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมตามโปรแกรมได้ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ

30 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและมีอายุ ไม่เกิน 60 ปี 2) เป็นผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี 3) สามารถอ่านเขียนหนังสือ และสื่อสารได้ชัดเจน 4) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ 3) แบบสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบวัดกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องด้านภาษา ตัวเลือก และการใช้คำถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.0 แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบตามวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ตามหมายเลขอนุญาตเลขที่ HE 122/66 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มอาสาสมัครในการถอนตัวจากการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ

การดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ระยะก่อนการดำเนินการ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่เพื่อดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยลงพื้นที่พบผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและการเก็บข้อมูล รวบรวมรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ในกลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ดำเนินการวิจัย โดยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 และแบบทดสอบความรู้ ส่วนที่ 2 กระตุ้นให้กลุ่มทดลองใส่ความคาดหวังในการร่วมทดลองในครั้งนี้ นัดหมายครั้งต่อไป ใช้เวลา 1 ชม.30 นาที

สัปดาห์ ที่ 1 ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ตามวันเวลา ที่นัดหมาย กิจกรรมละลายพฤติกรรม ให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามฐานที่กำหนด โดยกำหนดให้แต่ละฐานเป็นการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบบ่อยในสถาการณ์ปัจจุบัน โดยจัดเป็น 4 ฐาน

ฐานที่ 1 การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ฐานที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีแผลกดทับ การทำแผล การดูแลแผล

ฐานที่ 3 การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ

ฐานที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019,การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สู่ผู้สูงอายุที่บ้าน โดยแต่ละฐานให้กลุ่มทดลองสาธิต

ผู้วิจัยและผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุสังเกตและตรวจสอบความถูกต้องในการปฏิบัติ และบันทึกลงในแบบสังเกตการปฏิบัติ ในการประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้เวลาคนละ 5 นาทีต่อฐาน

3. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ขั้นตอนที่ 1 คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้กลุ่มทดลอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อดึงประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา ช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีข้อแตกต่างหรือข้อระวังอย่างไร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บอกเล่า/สาธิตการปฏิบัติการดูแลตามประสบการณ์เดิม ใช้เวลา 45 นาที ขั้นตอนที่ 2 คือ การสะท้อนคิดและอภิปราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน วิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ความแตกต่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมาและในปัจจุบัน และนัดหมายในการดำเนินการครั้งต่อไป ใช้เวลา 45 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ตามวัน เวลาที่นัดหมาย ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ขั้นตอนที่ 3 คือ การสรุปความคิดรวบยอด โดยผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกันสรุปการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมตามปัญหาต่างๆ,การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสอดแทรกประเด็นปัญหา และแนวทางการที่ถูกต้องเพิ่มเติม โดยการบรรยายและสาธิต ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที นัดหมายในการดำเนินการครั้งต่อไป

สัปดาห์ ที่ 3-5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ตามวัน เวลา ที่นัดหมาย ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ขั้นตอนที่ 4 คือ การทดลองปฏิบัติ โดยมอบหมายให้ กลุ่มทดลองปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามสภาพปัญหาต่างๆ กลุ่มทดลองดำเนินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามที่ได้รับมอบหมาย แจ้งนัดหมายในการดำเนินการครั้งต่อไป

สัปดาห์ ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ตามวัน เวลา ที่นัดหมาย ให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบความรู้ หลังร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และให้เข้าร่วมกิจกรรมตามฐานที่กำหนด 4 ฐาน เช่นเดียวกับสัปดาห์ ที่ 1 ครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (Post test) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ แจ้งให้กลุ่มทดลองได้ทราบว่า ได้สิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลอง และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ใช้เวลา 3 ชม. 30 นาที เก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยในกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มเปรียบเทียบ สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ดำเนินการวิจัย โดยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความรู้ ส่วนที่ 2 และให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมตามฐานที่กำหนด 4 ฐาน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (Pretest) ใช้เวลา 1 ชม.30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มเปรียบเทียบรับการดูแลแบบปกติ โดยปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผน การดูแลที่ได้รับมอบหมาย จากผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประจำ รพ.สต. โดยไม่ได้รับดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มเปรียบเทียบ ตามวัน เวลาที่นัดหมาย ให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบทดสอบความรู้ และให้เข้าร่วมกิจกรรมตามฐานที่กำหนด 4 ฐาน เช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 (Post test) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ แจ้งให้กลุ่มเปรียบเทียบได้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณกลุ่มเปรียบเทียบ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ใช้เวลา 3 ชม. 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Independent t – test มีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติ โดยใช้ kolmogorov smirnov test พบว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มเป็นโค้งปกติ จึงใช้ สถิติ independent t test และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง n = 30		กลุ่มเปรียบเทียบ n = 30		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.706 [1]
ชาย	5	16.7	3	10	
หญิง	25	83.3	27	90	
อายุ (ปี)					
30 ปีลงมา	0	0	1	3.3	
31 - 40	2	6.7	4	13.3	
41 - 50	13	43.3	14	46.7	
51 - 60	12	40	8	26.7	
61 ปีขึ้นไป	3	10	3	10	
อายุเฉลี่ย (S.D.)	49.63	(7.05)	48.73	(8.65)	.660 [2]
ระดับการศึกษา					.069 [1]
ม.3	12	40	18	60	
ม.6	18	60	12	40	
ระยะเวลา เป็น CG (ปี)					.435 [1]
3 ปี	15	50	11	36.7	
4 ปี	15	50	19	63.3	

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 มีอายุเฉลี่ย 49.63 ปี (S.D. = 7.05) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 60 มีระยะการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ปีและ 4 ปี จำนวนเท่ากันคือร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 48.73 ปี (S.D. = 8.65) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 60 มีระยะการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4 ปี ร้อยละ 63.3 และมีระยะการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ปี ร้อยละ 36.7 ตามลำดับ โดยที่ข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน (p>.05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง n = 30		หลังทดลอง n = 30		p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.	
คะเนนความรู้	9.13	2.24	14.77	0.73	< .001
คะแนนปฏิบัติ	5.73	1.01	9.73	0.45	< .001

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มทดลอง พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 14.77 (S.D. = 0.73) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 9.13 (S.D. = 2.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 9.73 (S.D. = 0.45) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 5.73 (S.D. = 1.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอา ยุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t – test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง n = 30		กลุ่มเปรียบเทียบ n = 30		p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.	
คะเนนความรู้					
ก่อนทดลอง	9.12	2.24	9.07	2.23	0.91
หลังทดลอง	14.77	0.73	9.13	2.05	< .001
คะแนนปฏิบัติ					
ก่อนทดลอง	5.73	1.01	5.77	0.97	0.90
หลังทดลอง	9.73	0.45	5.83	0.87	< .001

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 14.77 (S.D. = 0.73) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 9.13 (S.D. = 2.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 9.73 (S.D. = 0.45) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 5.83 (S.D.= 0.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าภายหลังการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีประสิทธิผลทำให้ความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนมเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 1 ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) เนื่องจากผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวคิดเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ[8] มาประยุกต์ในการเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการพัฒนาทางด้านความคิด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความสามารถในการแก้ปัญหา เกิดเป็นความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น สนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) เนื่องจากการส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นี้ หากบุคคลมีความรู้ที่ดีจะส่งผลให้บุคคลนั้นๆ เกิดการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลดี[13] สนับสนุนสมมติฐานข้อ 3 ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) เนื่องจากผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ[8] มาประยุกต์ในการเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการพัฒนาทางด้านความคิด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความสามารถในการแก้ปัญหา เกิดเป็นความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น และสนับสนุนสมมติฐานข้อ 4 ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) เนื่องจากการส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นี้ หากบุคคลมีความรู้ที่ดีจะส่งผลให้บุคคลนั้นๆเกิดการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลดี[13] สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้และคะแนนปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)[14,15] และผลการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้และคะแนนปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)[12,16]

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยทุกกิจกรรมข้างต้นได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์บ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้และการปรับตัวของบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องกัน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นประสบการณ์รูปธรรม ขั้นที่ 2 การไตร่ตรอง ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติ ครอบคลุมในเรื่องของความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม ในกลุ่มทดลอง ทำให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นและถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้สามารถนำไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ถูกต้องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มีประสิทธิผลทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้น หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจึงสามารถนำกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพในเรื่องต่างๆ ตามประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย

2. ผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุใน รพ.สต. สามารถนำกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นี้ไปใช้ส่งเสริมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามสถาณการณ์ต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลของการศึกษาในระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามสภาพทางสังคมและโลกที่เปลี่ยนแปลงไป

References

1. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society.Report 2021; (in Thai)
2. Department of Older Persons Ministry of Social Development and Human Security. Report 2018. Strategy of the Department of Elderly Affairs, 20 years. Bangkok: Samlada Printing House. 2018; (in Thai)
3. Vudhironarit S, Pommala W. The Caring for Bedbound Old Adult: A Systematic Review. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3):367-75. (in Thai)
4. Health Systems Research Institute. Research to develop a long-term care system for dependent elderly under the National Health Security System. Health system information and knowledge warehouse. 2018; (in Thai)
5. National Health Security.Long-term Care Public Health for Depressed. Bangkok: National Health Security Office. 2016; (in Thai)
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for applying for permission to use the elderly care curriculum at the area level, Department of Health, Ministry of Public Health. Revised edition. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health. 2020; (in Thai)
7. Utthiya P, Sereewichayasawad N. Roles of Nurses in Home Health Care Unit in the COVID 2019 Pandemic Situation, Journal of The Royal Thai Army Nurses.2022;23(2):25-32. (in Thai)
8. Kolb D.A..Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development 1984. New Jersey: Prentice-Hall.

9. Yalangsee S, Effects of Experiential Learning Program on Knowledge and Skills of Consumer Protection of Food Products Among Village Health Volunteers of Tambon Kohlibong, Amphoe Kantang, Changwat Trang, Sirindhorn College of Public Health,Trang.2017; (in Thai).
10. Kuntajai U, Tamdee D, Aungwattana S. Effects of Experiential Learning on Knowledge, Screening Practice, and Advising on Colorectal Cancer Prevention among Village Health Volunteers, Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2020; 31(1): 83-95. (in Thai)
11. Soowit B, PanasakulkanKhachee S, viboon P, Lhaosupab N. Effects of Using Learning Model for Promoting the Holistic Palliative careamong Nursing Students, Kuakarun Faculty of Nursing. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2018;19(1):210-20. (in Thai)
12. Kuntajai U,Tamdee D, Aungwattana S. Effects of Experiential Learning on Knowledge, Screening Practice, and Advising on Colorectal Cancer Prevention among Village Health Volunteers. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2021;31(1): 83-95. (in Thai)
13. Doramarn N, Malakul Na Ayudhaya P,Kirdpitak P. An Exeperiential Learning and Critical Reflection, Journal of Psychology Kasem Bundit University.2020; 10:20-28. (in Thai)
14. Meethip N, Tumdee D, Bhuddhirakkul P.Effects of Experiential Learning on Knowledge and Screening Practice and Advice for Hypertension Among Village Health Volunteers. Nursing Journal. 2016;43(Supplement):104-15. (in Thai)
15. Tawnil N, Tamdee D, Aungwattana S. Effects of Experiential Learning on Knowledge, Screening, and Advice Regarding Opisthorchiasis Among Village Health Volunteers. Nursing Journal Chiang Mai University. 2022; 49(3):203-17. (in Thai)
16. Raksa P, Aungwattana S,Tamdee D.Effects of Experiential Learning Program on Knowledge and Practice Regarding Assessment of Diabetic Foot Complications among Village Health Volunteers. Journal of Phrapokklao nursing college. 2022;33(2): 233-45. (in Thai)

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤติ

The Study of the Experiences of Nurses Caring for Patients with Coronavirus 2019 in an Intensive Care Unit

ชุติมาพร โกมล วาสินี วิเศษฤทธิ์*
Chutimaporn Komol Wasinee Wisesrith*
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330
Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การบันทึกเทป การสังเกต ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ van Manen

ผลการศึกษา ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบมี 5 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การดูแลผู้ที่ติดเชื้อด้วยความรู้สึกหลากหลายเพราะเป็นโรคอุบัติใหม่ 2) การดูแลด้วยประสบการณ์เดิมผสานกับความรู้ใหม่ 3) การดูแลเอาใจใส่ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 4) ปัญหาและอุปสรรคของการดูแล 5) บทเรียนรู้ที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วย

จากผลการศึกษา ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ของพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์, การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต, ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This qualitative study aimed to explore the lived experiences of nurses caring for patients with coronavirus 2019 in an intensive care unit by conducting in-depth interviews in combination with audio recordings, observation and field notes. Purposive sampling was used to select 15 nurses caring for patients with coronavirus 2019 at an ICU and Martin Heidegger's hermeneutic phenomenology was applied as the research methodology. All interviews were transcribed verbatim and analyzed by using Van Manen's (Van Manen, 1990) method of content analysis.

Corresponding author: *Email: wwasinee.w@gmail.com

วันที่รับ (received) 24 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 ส.ค. 2566

The findings of this study of the experiences of nurses caring for patients with coronavirus 2019 in an intensive care unit revealed the following 5 major themes 1. Caring for infected patients with overwhelmed feelings because coronavirus 2019 is an emerging disease 2. Caring for physical health by combining previous experiences with new knowledge 3. Caring with humanized care 4. Problems and obstacles to providing care 5. Lessons learned from caring for patients.

These findings provide information for nursing administrators to promote and support various aspects of nursing practice and building self-worth for nurses in caring for patients with coronavirus 2019 in intensive care units. Moreover, the findings can be used in developing guidelines for effectively improving the quality of nursing care in similar situations potentially occurring in the future.

Keywords: experience , critical care nursing, persons with coronavirus 2019

บทนำ

การแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วของไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบสาธารณสุข[1] ผู้ป่วยถูกจำกัดการเข้ารับรักษาในไอ ซี ยู เนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยอาการหนักที่มีมาก[2] ผู้ที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cytokine storm ร่างกายหลั่งสารกระตุ้นการอักเสบ ส่งผลให้เกิดการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่างกายพร่องออกซิเจน ช็อค เลือดเป็นกรด การแข็งตัวของเลือดเสียไป อวัยวะหลายระบบล้มเหลว[3] โดยพบผู้ป่วย 1 ใน 4 ของจำนวนผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องเข้ารักษาในห้องไอซียู จากภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันพบ 61.1% ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะพบ 44.4% และภาวะช็อกพบ 30.6% โดยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมพบ 72.2% ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนแบ่งเป็น high-flow oxygen therapy 11.1% noninvasive ventilation 41.7% และinvasive ventilation 47.2% มีผู้ป่วยรักษาหายออกจากโรงพยาบาล 34.1% และเสียชีวิต 4.3%[4] สำหรับประเทศไทยพบมีผู้ติดเชื้ออาการหนักรุนแรงเพิ่มจำนวนขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีมาตราการเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือ ทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร ระบบบริหารจัดการ สถานที่ โดยมีการจัดตั้งหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยติดชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [5]

หอผู้ป่วยวิกฤตที่ดูแลรักษาผู้ที่ติดชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความแตกต่างอย่างมากจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ เนื่องจากมีข้อควรระวังพิเศษเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ[6] ซึ่งแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 1) ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โดยการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างถูกวิธี รวมถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลเพื่อลดความเสี่ยง 2) การประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเพื่อป้องกันภาวะช็อคโดยใช้พารามิเตอร์ต่างๆ 3) การบำบัดรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ควรมีความพร้อมในการใส่ท่อช่วยหายใจ เข้าใจหลักการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจและการดูแลผู้ป่วยท่านอนคว่ำ 4) การดูแลเฝ้าระวังภาวะไตอักเสบเฉียบพลัน การเตรียมพร้อมในการบำบัดทดแทนไต 5) ดูแลบริหารยาต้านไวรัส Favipiravir® 6) การบำบัดรักษาด้วยเครื่องหัวใจ-ปอดเทียม (ECMO)[7,8] จากแนวทางดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลที่ดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องปรับบทบาทหน้าที่ในการดูแล ประกอบกับยังไม่มีองค์ความรู้ในการดูแลรักษาที่ชัดเจนเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจอาการทางคลินิกและหลักการดูแลโรคไวรัสโคโรนา 2019

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเปลี่ยนรูปแบบการดูแลรักษาทางการแพทย์[9] ทำให้ผู้ป่วยถูกแยกออกจากครอบครัว[10] ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมบนพื้นฐานของศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละคน[11] พบว่าผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่พบประเด็นเกี่ยวกับผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของพยาบาล แนวปฏิบัติงานที่ยังไม่ชัดเจน รวมถึงปัญหาการสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแสวงหาความจริงเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ลุ่มลึกมากขึ้นและข้อค้นพบนี้จะเป็น

แนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถให้การส่งเสริมสนับสนุนได้ตรงตามความต้องการของพยาบาลต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger[12] โดยการเข้าไปเรียนรู้ ทำความเข้าใจและตีความโดยใช้ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลผู้ดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยแบบเจาะจง จำนวน 15 คน เนื่องจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครั้งจะได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจำนวนมาก ซึ่งข้อมูลจะอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 6-10 คน[13]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามที่มีแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาวะวิกฤต อาทิเช่น การดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาวะวิกฤต ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูแลในท่านอนคว่ำ การดูแลเมื่อผู้ป่วยรักษาด้วยการล้างไต การช่วยชีวิตผู้ป่วยเมื่อหัวใจหยุดเต้น ร่วมกับใช้วิธีการสังเกต เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการถอดความ แบบบันทึกภาคสนาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสโครงการ 502/65 ลงวันที่ 1 กันยายน 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การให้ข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ให้ข้อมูลอ่านเอกสารชี้แจงการทำวิจัยก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกปกปิดเป็นความลับโดยการใส่รหัสและเผยแพร่อภิปรายผลในภาพรวม ทั้งนี้จะทำลายข้อมูลทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง อนุมัติวันที่ 12 กันยายน 2565 จากนั้นผู้วิจัยประสานกับฝ่ายการพยาบาลเพื่อแจ้งให้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและมีความสนใจให้การให้ข้อมูลแจ้งรายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์มาทางผู้ประสานงาน ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายเข้าพบผู้ให้ข้อมูลในวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก มีการสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก ขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 13 ตุลาคม - 8 พฤศจิกายน 2565 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ครั้งละ 60-90 นาที สิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ van Manen[14] ซึ่งดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยภายหลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยจะทำการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 หาความหมาย (Seeking meaning) ของข้อความแต่สะส่วน ด้วยการอ่านบทสัมภาษณ์ซ้ำไปซ้ำมาหลายครั้ง เพื่อคัดเลือกใจความที่ตรงกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งการให้ความหมายขึ้นกับ Fundamental meaning dimensions of lived life 4 มิติ ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดชื่อประเด็น (Themes) คัดเลือกหาแก่นสาระสำคัญของข้อมูลนำมาใส่รหัสข้อความและจัดเป็นหมวดหมู่ นำส่วนของข้อความที่มีประเด็นคล้ายๆ กันมาไว้รวมกันและกำหนดชื่อในแต่ละประเด็น ขั้นตอนที่ 3 ทำการวิเคราะห์ข้อมูล จดบันทึกข้อสงสัยและข้อค้นพบที่สำคัญนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลคนเดิมตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อเสนอแนะเป็นการสะท้อนคิดแบบ Hermeneutic Cycle จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวทางของตามเกณฑ์ของ Guba และ Lincoln โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อการนำเสนอข้อมูลที่มีความลุ่มลึกสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ได้เฉกเช่นประสบกับตนเอง (Audit trail) มีการเชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลการสังเกตอากัปกิริยาของผู้ให้ข้อมูล การจดบันทึกภาคสนามเพื่อการเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง จากนั้นทำการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ นำประเด็นที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง (Member checking) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะดวกตรวจสอบข้อมูล จำนวน 7 คน ไม่มีการปรับเพิ่มเติมหรือแก้ไขข้อมูลและนำเสนอข้อค้นพบที่ได้โดยมีการอ้างอิงคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความยินดีในการให้ข้อมูล จำนวน 15 คน เป็นผู้หญิง จำนวน 14 คน ผู้ชาย จำนวน 1 คน มีอายุระหว่าง 25-48 ปี ประสบการณ์ในงานวิชาชีพพยาบาลแบ่งเป็น อายุงานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน อายุงาน 5-10 ปี จำนวน 5 คน อายุงาน 11-20 ปี จำนวน 5 คน อายุงานมากกว่า 20 ปี จำนวน 4 คน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลา 1 ปี 5 เดือน จำนวน 1 คน ระยะเวลา 2 ปี 1-6 เดือน จำนวน 9 คน ระยะเวลา 2 ปี 7-11 เดือน จำนวน 5 คน ผลการวิจัยประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบมี 5 ประเด็นหลัก 21 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. การดูแลผู้ที่ติดเชื้อด้วยความรู้สึกหลากหลายเพราะโควิดเป็นโรคอุบัติใหม่ พบมี 7 ประเด็นย่อยดังนี้

1.1 เหมือนอยู่ในสมรภูมิรบ พยาบาลเผชิญกับภาระงานหนักจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ติดเชื้อโรคระบาดรุนแรงที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน การใส่ชุดป้องกันที่ไม่คุ้นชิน เป็นด่านหน้าในสภาวการณ์ระบาดฉุกเฉิน ที่ทั้งวุ่นวาย ยุ่งยาก และสับสนเปรียบดังอยู่ในสมรภูมิสู้รบที่มีคู่ต่อสู้คือเชื้อโรคร้าย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...เราก็ยังไม่รู้ว่าอะไรที่เราจะต้องระวัง ณ ตอนนั้น...มัน stress จะทำยังไงต่อจะต้องทำอะไรบ้าง คือเคสแรกมันค่อนข้างวุ่นวายและฉุกละหุกต้องช่วยกันคิดไม่กล้าละจากคนไข้..."(ID4)

"...เพราะว่าต่างคนต่างมาจากไอซียูหลายที่ รายละเอียดของการทำงานไม่เหมือนกันทุกคนต้องปรับตัวเหมือนเราไปสนามรบ..."(ID13)

1.2 เป็นความเครียด มีความกดดัน เพราะเป็นการดูแลที่ไม่คุ้นเคย พยาบาลดูแลผู้ป่วยภายใต้ความกดดันต่อความรับผิดชอบในทำหน้าที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ทั้งความกดดันจากทีมที่มาจากหลากหลายหน่วย กดดันจากครอบครัวของผู้ป่วยที่จำกัดการเยี่ยม ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...กดดันกับคนไข้ที่ต้องมาดูกับผู้ร่วมงานใครก็ไม่รู้ มาจากที่ไหนก็ไม่รู้ สไตล์แต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน เครียดกับหมอจะปรับอะไรกันนักกันหนา ญาติอีกโทรมาอยู่นั่นแหละโทรตลอด แล้วก็กดดันกับความคาดหวังของตัวเอง ของคนร่วมงาน ของสังคม..."(ID11)

1.3 กลัวติดเชื้อจากผู้ป่วย พยาบาลดูแลผู้ป่วยท่ามกลางเชื้อโรคร้ายที่รุนแรงรอบตัวด้วยความรู้สึกที่ไม่มั่นใจในวิธีการป้องกันด้วยความเสี่ยงอย่างมากต่อการสัมผัสละอองฝอยของเชื้อจากท่อช่วยหายใจส่งผลให้เกิดความหวาดระแวงกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อและไม่เคยรู้สึกกลัวแบบนี้มาก่อน พยาบาลมีการเตรียมตัวทั้งความรู้ละทักษะการใช้ชุดป้องกันเตรียมร่างกายให้พร้อม ก่อนมาดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...เราไม่รู้ว่ามันรุนแรงขนาดไหน การที่จะติดต่อมาสู่เราหรือเราจะนำเชื้อไปแพร่ให้คนอื่น ถ้าเราขึ้นไปดูแลคนไข้เราจะต้องดูแลตัวเองอย่างไร...กลัวแบบที่ไม่เคยกลัวแบบนี้มาก่อน ..."(ID4)

1.4 รู้สึกหดหู่ใจเพราะผู้ป่วยตายทุกวัน พยาบาลดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้สึกที่หดหู่ใจ จากโรคที่รุนแรงและอาจไม่มีโอกาศรอดชีวิต มีผู้ป่วยที่ต้องจากไปอย่างโดดเดียวทุกวัน ไม่มีโอกาสแม้การกล่าวคำล่ำลาครั้งสุดท้ายก่อนสิ้นใจ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...ระลอก 2 ที่ คนไข้ PRONE ทุกเตียง ปอดแตกทุกเตียงอย่างนี้ ตายทุกวัน...ไม่เคยเจออะไรแบบนี้เป็นคนเก็บdeadทุกๆวัน...ณ ตอนนั้น ลงเวรมานอน ตื่นขึ้นมาไปทำงาน...มันไม่สดใสวันรุ่งขึ้น หนูเดินไปหาหัวหน้าขอหยุดพักจากโควิดก่อนสักอาทิตย์หนึ่ง..."(ID7)

1.5 ตื่นเต้น วุ่นวายในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา พยาบาลเฝ้าติดตามประเมินผู้ป่วยผ่านทางกล้องเพื่อเข้าไปเร่งช่วยเหลือได้ทันท่วงทีซึ่งเป็นแนวปฏิบัติใหม่ผ่านชุดป้องกันในสถานที่จำกัดผสมผสานไปด้วยความตื่นเต้น และวุ่นวายในเวลาเดียวกัน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...ถ้าไม่ตั้งสติคนไข้ต้องตายแน่ ๆ...ต่อ ECMO เสร็จ ก็มาแทงซีไลน์ล้างไตต่อ อยู่ตั้งแต่ 7 โมงถึง 13 น. ค่ะ ทำตลอดเวลาแทง ECMO คนไข้ BP drop ให้เลือดให้ยา ทำ ECMO เสร็จ...หมอ Nepro มาต่อแทงไลน์ล้างไตต่อด้วย set ทำ SPASS...แทง C-line เอาไว้ให้ยา เพิ่งมารู้ว่าเหนื่อยตอนทุกอย่างเสร็จแล้ว..."(ID7)

1.6 เหนื่อยกายหลังให้การดูแลแต่มีใจสู้ต่อ พยาบาลแบกรับภาระงานที่หนักจากการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ยุ่งยากซับซ้อนอีกทั้งยังต้องใส่ชุดป้องกัน PAPR เป็นเวลาหลายชั่วโมงขึ้นเวรทำงานติดต่อกันในทุก ๆ วัน แต่พยาบาลมีใจสู้ดูแลผู้ป่วยได้ต่อไปเพราะไม่มีผู้ใดจะสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทนได้ทั้งยังได้รับจากพลังใจจากทีมผู้ร่วมงานผู้บริหาร ครอบครัว ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...เคยมีความรู้สึกเหนื่อยและท้อ ในการระบาดละรอกที่ 2 เพราะจำนวนผู้ป่วยมาก เต็มทุกเวรยุ่ง มีหัตการมาก เพราะคนไข้มีอาการหนัก มีรับและย้ายบ่อยในเวร ก็มีเหนื่อยอยู่ค่ะช่วงนั้นแต่ก็เต็มใจมาทำงานอยู่ค่ะ เพราะได้รับกำลังใจจากทีมผู้ร่วมงานเอง ทีมผู้บริหารที่คอยส่งกำลังใจ..."(ID3)

1.7 ภูมิใจในตนเองที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ พยาบาลภูมิใจได้ทำงานอย่างสมคุณค่าของการเป็นพยาบาลวิกฤต จากการเข้าไปดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบากผ่านชุดป้องกันเชื้อทั้งยังใช้ทักษะความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลวิกฤตในการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การช่วยแพทย์ทำหัตถการเฉพาะทางพิเศษต่าง ๆ เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...รู้สึกภูมิใจ รู้สึกแบบ ดีใจที่เราอยู่ ICU แล้วเราได้มาทำงานในตรงนี้เอาความสามารถเป็นแรงหนึ่งที่มาช่วยในการทำงานกับจุดที่แบบมันมีความเสี่ยงมากๆ ก็ภูมิใจค่ะ..."(ID8)

2. การดูแลด้วยประสบการณ์เดิมผสานกับความรู้ใหม่ พบมี 5 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1) การดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจในท่านอนคว่ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการนอนคว่ำ (PRONE) เป็นเวลาหลายชั่วโมง พยาบาลดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายพร้อมทั้งเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยในท่านอนคว่ำไปในเวลาเดียวกัน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...การ Prone หน้าจะกด อกจะกด และตรงช่วงเข่า ต้อง support ใช้ผ้าม้วนรองตรงอก ท้อง เข่า และต้องระวังเรื่องสายต่างๆ ไม่ให้หลุดต้องต่อให้ยาวเวลาพลิก ขวา-ซ้าย จะได้ไม่ดึงรั้ง ...."(ID4)

2.2) เฝ้าระวังอาการและภาวะการหายใจ หากเปลี่ยนไปรายงานแพทย์ทันที ผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ พยาบาลใช้ไหวพริบในการประเมินการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วร่วมกับนำทักษะการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยแพทย์ให้ใส่ท่อช่วยหายใจให้สำเร็จได้ในครั้งเดียว ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...การใส่ ETT ต้อง Under Guide scope พยายามใส่ให้ได้ในครั้งเดียว เราจะเตรียมทุกอย่างให้พร้อมใช้เลย...สิ่งสำคัญก่อนนออกจากห้องเราต้องป้องกันไม่ให้ ETT หลุด โดยการ Stapp ข้อต่อระหว่าง Vent. กับ ETT ใช้ทั้งเชือกผูกและFixumull ไม่ให้หลุดดูแลให้ได้รับยา sedate..."(ID4)

2.3) ป้องกันข้อต่อเครื่องช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด พยาบาลเฝ้าระวังการเลื่อนหลุดของข้อต่อเครื่องช่วยหายใจจึงหมั่นตรวจสอบบริเวณที่มีความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดการสัมผัสละอองฝอยของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...ต้องระวังเรื่องข้อต่อ Ventilator หลุด ปกติเราก็จะ fix กันดีอยู่แล้ว เมื่อเราเข้าไปในห้องคนไข้อันดับแรกเลยที่เราจะต้องระวังเรื่องการ disconnect จะต้องถือ artery Clamp ไว้ใกล้ตัวเสมอ..."(ID5)

2.4) สังเกตน้ำยาล้างไตและสารน้ำที่ให้ผ่านเครื่อง Monitor ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะไตอักเสบเฉียบพลันซึ่งจะได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) พยาบาลมีใช้เทคนิคการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการสัมผัสเชื้อจากการเข้าห้องผู้ป่วยบ่อยครั้ง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...ดูแลคนไข้ที่ล้างไต จะใช้น้ำยาสูตรสำเร็จที่ถุงละ 5 ลิตร...ส่วนการคิดคำนวณ iv จะปรับเป็นทุก 2 ชม. แต่เราก็จะดู monitor ตลอด...ถ้าเข้าไปในห้องแล้วถุงน้ำยาหรือถุง UF ใกล้ครบเวลาเปลี่ยนก็จะเปลี่ยนไปเลย จัดเครื่องล้างไตมาใกล้ๆ กล้อง เพื่อชูมดูได้ชัดเจน..."(ID2)

2.5) ใช้ Defibrillator แทนการ CPR เมื่อผู้ป่วยใส่ ECMO เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องเครื่องหัวใจ-ปอดเทียม (ECMO) หัวใจหยุดเต้น พยาบาลประเมินได้ล่วงหน้าและตามแพทย์ให้ทันเวลารวมถึงติดเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) ทันทีเพื่อกู้ชีวิตโดยไม่ปั๊มหัวใจ (CPR) ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...เวลาคนไข้ on ECMO แล้ว Arrest อันดับแรกก็คืออย่างที่บอกให้ตั้งสติ No CPR โดยเด็ดขาดห้ามนะคะ เพราะว่าเมื่อไหร่เรา CPR นั่นก็คือสาย Cannular ที่ใส่ไว้อ่ะมันจะเลื่อนหลุด ให้ตามหมอมาเขาจะมาปรับ Flow ลงค่ะ แต่เราสามารถ Defibrillator ตามปกติของเราเลยค่ะ คือตั้งสติแล้วก็ตามหมอ..."(ID11)

3. การดูแลเอาใจใส่ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พบมี 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.1) การดูแลด้วยความเข้าใจให้กำลังใจและถามไถ่ความรู้สึก เมื่อใส่ชุดป้องกันการพูดด้วยน้ำเสียงปกติผู้ป่วยจะได้ยินไม่ชัดเจนพยาบาลกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงที่ดังแต่เป็นมิตร ใช้วิธีสื่อภาษากายด้วยสัมผัสที่นุ่มนวลและอ่อนโยนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือไว้วางใจและร่วมมือ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...เราเข้าไปก็จะบอกว่าคุณยายเป็นอย่างไรบ้างอยู่ที่นี่กินได้ไหม มีลูกกี่คน ตอนสาวๆทำงานอะไรบ้าง...คือจะคุยเรื่องทั่วไป ต้องบอกเขาว่าอยู่โรงพยาบาลนะ วันนี้วันอะไรวันที่เท่าไหร่ เวลาเท่าไหร่ อยู่ตึกไหนอะไรอย่างเนี้ยจำเป็นต้องบอก จะจับแขน จับมือให้กำลังใจแก..."(ID9)

3.2) เป็นสะพานเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงเผชิญกับความโดดเดี่ยวในห้องแยกที่ปราศจากคนใกล้ชิดในครอบครัวเป็นระยะเวลานาน เผชิญกับความกลัวและความเจ็บปวดจากการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสิ้นหวังในชีวิต พยาบาลจึงต้องเอาใจใส่เยียวยาผู้ป่วยให้รู้สึกว่ายังมีพยาบาลที่คอยอยู่เคียงข้างตลอดเวลา ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...ให้ความสำคัญกับคนไข้เรื่องสภาพจิตใจเค้าเหงาตลอดเวลา depress เกือบทุก case ...โลกภายนอกแทบจะมองไม่เห็น มีแค่หลอดไฟ...เวลาที่เข้าไปให้การพยาบาลพี่จะปล่อยมือให้เค้ ให้แกโทรศัพท์และพูดไม่มีเสียงหรอกก็พยักเพยิด ได้ฟังเสียงญาติลุงก็ดีใจแล้ว..."(ID6)

3.3) วาระสุดท้ายต้องดูแลให้ได้ตามมาตรฐานและตอบสนองความต้องการของครอบครัว พยาบาลได้เตรียมครอบครัวผู้ป่วยให้พร้อมยอมรับกับอาการที่ทรุดลงของผู้ป่วย ทั้งยังร่วมประสานความมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งผู้ป่วยในวาระสุดท้ายให้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แม้ผู้ป่วยจะติดเชื้อโรคระบาดร้ายแรง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...เราจะให้ข้อมูลญาติไปเรื่อย ๆ ร่วมกับการ VDO Call ร่ำลาจนผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติเข้าไม่ได้และไม่ได้เห็นศพด้วยเราจะถ่ายรูปหน้าศพส่งไปให้ญาติดู ญาติเค้ารับได้ Happy กับตรงนั้น..."(ID4)

แม้จะเป็นศพที่ติดเชื้อร้ายแรงพยาบาลยังคง ดูแลส่งผู้ป่วยในวาระสุดท้ายให้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

4. ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย พบมี 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.1) ข้อจำกัดด้านการสื่อสารในทีมสุขภาพ การสื่อสารที่ไม่เหมือนเดิมจากการใส่ชุดป้องกันและการสื่อสารระหว่างห้องแยกแรงดันลบ จึงจำเป็นต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ช่วยในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล พบมีปัญหาเรื่องสัญญาณอินเตอร์เน็ตไม่เสถียรดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...จะมีปัญหาเรื่องสัญญาณ Wi-Fi ไม่ดี มันก็ไม่ชัดบ้าง พูดติดๆ ขัดๆ...การสื่อสารก็สำคัญนะเพราะว่ามันเป็นห้องแยก ถ้าเราออกเปิดประตู้ก็จะเสี่ยงต่อการ contaminate ใส่ N-95 เปิดประตูออกมาคุยกันเลย หรือตัดปัญหาโดยการเขียน bord สื่อสารเลย เพราะตอนนั้นใช้ วอร์ สื่อสารกันพอเดินห่างกันไกลๆ สัญญาณเริ่มหาย..."(ID5)

4.2) ข้อจำกัดในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวของผู้ป่วยถูกจำกัดการเข้าเยี่ยม ส่งผลให้มีผลกระทบทางด้านจิตใจเกี่ยวกับความรู้สึกพรัดพรากตัดขาด ความคาดหวังและการสูญเสีย ครอบครัวโทรศัพท์มาสอบถามอาการเกือบตลอดเวลาทำให้เสียเวลาในการดูแลผู้ป่วยดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...ญาติเริ่มโทรบ่อยขึ้นมากจนตัวเจ้าหน้าที่เองไม่มีเวลาดูคนไข้ เพราะว่าต้องคอยรับโทรศัพท์ตลอด แม้กระทั่งหมอก็ต้องมาคอยรับโทรศัพท์จากญาติตลอด...ดังนั้นเราต้องมีการกำหนดเวลาว่า ญาติสามารถโทรมาได้เวลานี้แล้วคุณหมอเองก็ต้องมีการโทรกลับไปหาญาติทุกช่วงของทุกวัน..."(ID11)

5. **บทเรียนรู้ที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วย** พบมี 4 ประเด็นย่อย ดังนี้

5.1) เกิดการเรียนรู้นำสู่การปรับปรุงตน เป็นประสบการณ์การดูแลใหม่ที่ต้องมาเรียนรู้เมื่อมาปฏิบัติงานจริง

ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่เคยพบเจอมาก่อน ทำให้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ส่วนหนึ่งมาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลวิกฤตและทีมสหสาขาวิชาชีพที่มาร่วมกันทำงาน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...ผมรู้สึกมันทำให้เราเหมือนก้าวกระโดดในศักยภาพในความสามารถที่ทำให้เราโตขึ้นเพราะว่าอยู่ตรงนั้นไม่ได้มันก็มีมุมที่เราไม่รู้จะหันไปหาใครแล้วต้องแก้ไขมันด้วยตัวเองผมรู้สึกว่าถ้าเราผ่านไปได้เราก็จะโตขึ้นแล้วก็แบบเก่งขึ้นส่วนหนึ่ง..."(ID10)

5.2) ผลของงานเกิดจากความทุ่มเทของทีม ประทับใจทีมงานทุ่มเทร่วมฝ่าฟันในภาวะวิกฤตดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติอย่างเต็มกำลังความสามารถ รวมทั้งผู้บริหารให้การสนับสนุนทุกด้านอย่างเต็มที่ไม่เพียงแต่ด้านการดูแลผู้ป่วย ยังรวมถึงด้านจิตใจและความสุขสบายของพยาบาล อีกด้วย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...พี่เห็นความร่วมมือร่วมใจของน้องทุกคนเลย ที่มาจากที่ต่าง ๆ และทุกคนก็พร้อมที่จะมาเรียนรู้เพื่อมาช่วยกันดูแลคนไข้ อย่างน้องที่ไม่เคยดูแล C-line A-line Bronchoscope การใช้ LUCAS ก็มาเรียนรู้ที่นี่หมด เราก็ต้องพยายามเรียนรู้ให้มากขึ้น เราต้องทำให้เป็นต้องเข้าให้ถูกจังหวะ..."(ID6)

5.3) ความรับผิดชอบในวิชาชีพและคุณค่าของการเป็นพยาบาลวิกฤติ พยาบาลทุกคนตัดสินใจดูแลผู้ป่วยต่อไป มีความรู้สึกต้องการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ซึ่งไม่มีผู้ใดจะสามารถทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตที่จำเป็นต้องใช้ทักษะเฉพาะของการเป็นพยาบาลวิกฤตได้นั่นเอง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...มันก็เป็นความรับผิดชอบของเราที่จะต้องช่วยคนไข้...รู้สึกว่าเราได้ทำหน้าที่ได้เต็มที่...เราก็มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกับสถาณการณ์ระบาดหนักนี้ เราก็เต็มที่กับหน้าที่เรา..."(ID4)

5.4) สะท้อนคิดในมุมมองของตนเอง การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีภาระงานที่หนักต้องใช้ทักษะเฉพาะร่วมกับมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อฝอยละอองขนาดเล็กจึงควรพิจารณาให้ได้รับเงินค่าความเสี่ยงที่สูงขึ้น นอกจากนี้พยาบาลที่ส่งมาช่วยจากหลากหลายหน่วยงานขาดสรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ พยาบาลที่เป็นทีมหลักรับภาระงานที่มากอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

"...เรื่องของค่าตอบแทน...เป็นแรงจูงใจ ให้เรา สู้ต่อไป เป็นค่าตอบแทนที่เราไปเสี่ยงกับโรคติดเชื้อค่ะ เป็นค่าตอบแทนที่ได้เพิ่มขึ้นมา ก็รู้สึกพอใจน่ะค่ะ..."(ID15)

การอภิปรายผลการวิจัย

การดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ติดเชื้อโรคระบาดรุนแรงในแบบที่พยาบาลไม่เคยเจอมาก่อน การใช้ชุดป้องกันซึ่งมีขั้นตอนการใส่และถอดที่ซับซ้อนยังส่งผลต่ออุปสรรคในการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยภายใต้ระบบงานและผู้ร่วมงานใหม่ กล่าวได้ว่าเป็นช่วงเวลาของความโกลาหล ตั้งสติและตั้งตัวไม่ทัน ซึ่งพยาบาลเป็นด่านหน้าต่อสู้ในสภาวะการณ์ฉุกเฉินเพื่อปฏิบัติบทบาทหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมือนอยู่ในสมรภูมิรบมีคู่ต่อสู้คือเชื้อโรคร้าย[15] ถือเป็นความท้าทายครั้งใหม่ของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัยในภายใต้สถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าการระบาดของโรคจะสิ้นสุดเมื่อใด ความกังวลใจในเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว ความเหนื่อยล้าจากการทำงานหนักที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน[16] ความกดดันเกิดความเครียด แต่พยาบาลยังให้การดูแลผู้ป่วยเอาชนะความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดจากโรคติดเชื้อร้ายนี้ไปได้[17] แสดงให้เห็นถึงการมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลด้วยไม่มีผู้ใดจะสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่จำเป็นต้องใช้ทักษะเฉพาะของการเป็นพยาบาลวิกฤตได้นั่นเอง[18] พยาบาลมีวิธีการปรับตัว ใช้สติระมัดระวังป้องกันตนเองตลอดเวลา[18] มีการเตรียมความรู้และทักษะก่อนไปดูแลผู้ป่วย[19,20] ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลควรเล็งเห็นและให้ความสำคัญทำให้พยาบาลพึงพอใจและรู้สึกปลอดภัยเมื่อเกิดเหตุการณ์การระบาด การขาดการสนับสนุนจากฝ่ายบริหารมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ ส่งผลให้พยาบาลขาดความน่าเชื่อถือ ขาดความไว้วางใจในการทำงาน[21]

การดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพด้วยวิธีสื่อภาษากายด้วยสัมผัสที่นุ่มนวลและอ่อนโยนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเข้ามาช่วยเหลือดูแลอย่างเอื้ออาทรส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อถือและร่วมมือในการพยาบาลไว้ใจ[22] เป็นอันดับแรกก่อนดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งมีวิธีการการประเมินผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิมด้วยเครื่องมือ

และไหวพริบของพยาบาลควบคู่ไปกับประกอบกับการใช้ทักษะและความใส่ใจในการแปลผลการแสดงออกของผู้ป่วยทางกิริยาท่าทางและสื่อทางสายตาเพื่อให้สามารถประเมินได้ครอบคลุมทุกปัญหา วางแผนในการพยาบาลครบองค์รวม รวมถึงการมีทักษะที่ไวต่ออาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อเร่งจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันที่การรุนแรงมากขึ้นจำเป็นต้องรักษาด้วยวิธี PRONE เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ[8] ไม่ละทิ้งการดูแลส่งเสริมความสุขสบายให้ดีที่สุด นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายพยาบาลได้เอาใจใส่เยี่ยวยาผู้ป่วยในห้องแยกแรงดันลบให้รู้สึกว่ายังมีพยาบาลที่คอยอยู่เคียงข้างช่วยเหลือตลอดเวลา ทั้งเป็นสะพานเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวจากข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม ผู้ป่วยที่อาการหนักรุนแรง แม้ทีมแพทย์ให้การเยียวยารักษาอย่างสุดความสามารถแล้วก็ไม่อาจยื้อชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้พยาบาลได้แสดงบทบาทการดูแลเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวยอมรับตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามแนวปฏิบัติในเรื่องการทำ Advance care plan การใช้เครื่องมือออนไลน์ซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จนกระทั่งเสียชีวิตยังมีพยาบาลที่อยู่ดูแลส่งศพออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต แม้ขั้นตอนในการจัดการศพจะมีรายละเอียดและวิธีการที่ซับซ้อนแตกต่างจากศพทั่วไปก็ตาม[20]

ภายหลังจากการดูแลพยาบาลพบความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลวิกฤตและทีมสหสาขาวิชาชีพที่มาร่วมกันทำงานส่งผลให้การให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล[17] ได้แก่ เรื่องเทคนิคการป้องกันการเลื่อนหลุดที่เสี่ยงต่อการเกิดฝอยละอองขนาดเล็กจากข้อต่อต่างๆ เรื่องอุปสรรคการดูแลภายใต้ชุด PAPR ที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ความรู้สึกร้อนและอึดอัด ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วยเหตุว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีภาระงานมากซึ่งต้องใช้ทักษะเฉพาะที่ซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงแต่เฉพาะการดูแลระบบทางเดินหายใจและอุปกรณ์ในการช่วยหายใจเท่านั้น แต่ยังรวมถึงทักษะในการประเมินปัญหาได้ล่วงหน้า ทักษะในการการใช้อุปกรณ์ทำหัตถการต่างๆ นอกจากนี้พยาบาลพบว่าตนเองรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำงานอย่างสมคุณค่าของการเป็นพยาบาลวิกฤต การที่พยาบาลเสียสละและอดทน การได้แสดงความสามารถและศักยภาพอย่างเต็มความสามารถ รวมถึงค่าตอบแทนพิเศษที่เหมาะสม จะทำให้พยาบาลรู้สึกเข้มแข็ง ฮึกเหิม มีกำลังใจนั่นคือสิ่งที่ทำให้พยาบาลมีพลังที่จะไปต่อได้ในสถานการณ์ระบาดที่วิกฤตเลวร้ายนี้ เห็นได้ว่าวิชาชีพพยาบาลหล่อหลอมมาให้มีความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือมวลมนุษยชาติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1) ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปสร้างแนวปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ในระยะวิกฤตในอนาคต

2) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่พยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้มีความพร้อมในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในอนาคตให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นทั้งในด้านความรู้ และความพร้อมของจิตใจในการทำงานในภาวะที่กดดันอย่างมาก

2) ควรศึกษาเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยี/นวัตกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ที่ติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ในอนาคตในได้ประโยชน์สูงสุด

References

1. Huang L, Lin G, Tang L and Yu L, & ZhouZ. Special attention to nurses'protection during the COVID-19 epidemic. Critical Care;2021.
2. Mokcharoenpong. C. Pandemic palliative care: Beyond ventilators and saving lives (episode 1). Thai Journal of Critical Care Medicine. 2020;28(1): 14-6. (in Thai)
3. Wei Cao, & Taisheng Li. COVID-19:towards understanding of pathogenesis. Cell Research. 2020.

4. Dawei Wang. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020;323(11): 1061-9.
5. Department of disease control. The 17th National Seminar on the Prevention and Control of Infectious Diseases in Hospitals "COVID-19 Thailand Perspective"; 2020. (in Thai)
6. Bennett KA, Robertson LC, Haddad MA. Recognizing the critically ill patient. Anaesthesia and Intensive Care Medicine. 2016;17(1): 1-4.
7. NIH. Care of Critically Ill Adult Patients With COVID-19;2021.
8. Ranjana Premnath Sharma. Role of a Nurse in COVID-19 Pandemic. Journal Evolution Medical and Dental Sciences. 2020;9(35): 2550-5.
9. Lewnard JA. Scientific and ethical basic for social distancing interventions against COVID-19. Lancet Infectious Diseases. 2020;20(6): 631–3.
10. Selman LE, Chamberlain C, & Sowden R. Sadness. despair and anger when data from bereaved family members and friends. Palliative Medicine. 2021;35(7): 1267–76.
11. Hart JL, Turnbull AE, & Oppenheim IM, et al. Family-centered care during the COVID-19 era. Journal of Pain and Symptom Management. 2020;60(2): e93–7.
12. Heidegger, Martin. Being and Time, translated by Joan Stambaugh. New York: State University of New York Press;1996.
13. Morse, J. M. Determining sample size. Qualitative Health Research. 2000;10(1): 3-5.
14. Van Manen, M. Research Lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. Canada: The Althouse Press;1990.
15. Sathirapanya J. Operations to fight and survive "Wake up and know how to fight the danger of COVID" KP. District 12. National Health Commission Office;2020. (in Thai)
16. Pensirinapa N. Burnout Syndrome among Health Personal during Pandemic of Covid-19. Journal of Council of Community Public Health. 2021;3(3): 2-16. (in Thai)
17. Yuxiu Jia. Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. Nursing Ethics. 2021;28(1): 33–45.
18. Srijanpal W. Thatan Somsri, Sajai Kanjana, Pinsakul Chontima. Nurse's Lived Experiences in Caring for COVID-19 Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1): 111-2. (in Thai)
19. Yongchaiyoot P. Working Experience of Nurses in a COVID-19 Unit. A thesis degree of Master of Nursing Science. Nursing Administration. Faculty of Nursing. Chulalongkorn University; 2021. (in Thai)
20. Laochaicharoenphon P. Lertwatthanawilat Wanchai, Unahalekhaka Akeau. Preparedness of Tertiary Hospitals in Preventing Emerging Infectious Diseases. Nursing Journal; 2021.48(3): 167-78. (in Thai)
21. Maria Romeu-Labayen. Spanish nurses' experiences with personal protective equipment and perceptions of risk of contagion from COVID-19: A qualitative rapid appraisal. Journal of Clinical Nursing. 2021;31(1): 1–13.
22. Kulruttanamas S. Experience of Nurses in Care Management End-of-Life Patients. A thesis degree of Master of Nursing Science. Nursing Administration. Faculty of Nursing. Chulalongkorn University;2015. (in Thai)

สมรรถนะทางกาย ความคิด และการตัดสินใจยุติการขับขี่ยานพาหนะของผู้สูงอายุ

Functional and Cognitive Status and Driving Cessation among Senior Road Users

ปรัศนี ศรีกัน* สิริสุดา เตชะวิเศษ อรัญญา นามวงศ์
Pratsani Srikan* Sirisuda Tachavises Arunya Namwong
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา พะเยา ประเทศไทย 56000
Boromarajonani College of Nursing Phayao, Phayao Thailand 56000

บทคัดย่อ

การขับขี่ยานพาหนะของผู้สูงอายุในสังคมไทยมีความท้าทาย เนื่องจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินสมรรถนะทางกาย ความคิด และการตัดสินใจยุติการขับขี่ยานพาหนะของผู้สูงอายุ โดยเก็บรวบรวมจากผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา จำนวน 268 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตั้งใจที่จะเลิกการขับขี่ยานพาหนะ และแบบประเมินสรรถนะทางกายและความคิด ซึ่งเป็นการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อ การทดสอบตาบอดสี การรับรู้ความลึก การมองเห็นทางรอบข้าง เวลาตอบสนองการเบรก การเดินเร็ว และการวาดหน้าปัดนาฬิกา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.8 มีโรคร่วม ส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานและจักรยานยนต์ในการเดินทาง ร้อยละ 67.0 มีปัญหาทางการมองเห็น จำนวนมากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของข้อ และยังไม่แสดงเจตนาที่จะเลิกการขับขี่ จากผลการศึกษาจึงมีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนเชิงนโยบาย ควรทำความเข้าใจ และจัดการปัญหาการขับขี่ยานพาหนะของผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายและความคิด มีความบกพร่องทางประสาทสัมผัส ความเสื่อมของสมองและสภาพจิตใจ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ถนนและความผาสุกของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: สมรรถนะทางกาย, สมรรถนะทางความคิด, ผู้สูงอายุ, การตัดสินใจยุติการขับขี่ยานพาหนะ

Abstract

Senior road users in Thailand face issues due to the aging population. The study aimed to analyze seniors' physical, cognitive state, and their choices related to driving. Data collected from 268 participants in Phayao province. The tools used included a personal data record form and a form regarding the intention to stop driving vehicles. Additionally, a physical and cognitive performance assessment form was utilized to evaluate the range of motion in the joints, color blindness, depth perception, peripheral vision, brake reaction time, rapid pace walks, and clock drawing test. Most participants were married, primarily educated, and 64.8% had co-morbidities. Bicycles and motorcycles were favored transport modes, primarily used during the morning.

*Corresponding Author: E-mail: pratsani.s@bcnpy.ac.th

วันที่รับ (received) 5 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 พ.ย. 2566

Sixty-seven percent of participants reported visual problems; many exhibited a limited range of motion and have no intention to stop driving/riding. The study underlined the need for targeted interventions and policies to tackle specific problems faced by elderly road users, such as medical conditions, sensory impairments, and cognitive decline, to improve road safety and well-being.

Keywords: Physical status, Cognitive status, Senior, Driving cessation

Introduction

Senior road users in Thailand face increasing challenges because of the nation's growing aged population. As of 2020, older adults accounted for 17.13% of the population (11.23 million), a figure projected to reach 20% (13.1 million) by 2040, marking Thailand as a fully matured aging society.[1] Also, the aging population in Phayao, a small province in northern Thailand, stood at 24.66% in 2022.[2] The seniors, particularly those in rural and suburban communities in Phayao, often rely on motorcycles, cars, or bicycles for maintaining their independence and societal connections, essential for their overall well-being.

Despite the looming need, seniors' issues receive scant attention, particularly given the prevalent road traffic injuries, primarily affecting young drivers. Statistics indicate males aged 15-24 constitute a third of victims, with motorcyclists involved in up to 70% of fatal crashes. Road accidents' economic toll amounts to 6% of the GDP annually. Although only 5% of accidents involve older adults, the incidence amongst senior drivers, especially motorcyclists, has risen since 2011. In 2018, road accidents claimed 56.79%, 32.24%, and 10.79% of the lives of seniors aged 60–69, 70–79, and 80 or older, respectively. Addressing senior road users' needs is crucial for reducing traffic injuries and securing overall road safety in Thailand.[3,4]

The act of driving or riding, which appears straightforward for physically and mentally robust individuals, may present considerable challenges for seniors grappling with physical and cognitive deterioration. Aging-associated changes such as deteriorating vision, motor power, and cognition can necessitate cessation of driving or riding. To sustain their autonomy and safety, seniors need to recognize their physical and cognitive changes and consider ceasing vehicle operation when safety dictates.[5] the decision can be complicated by mild cognitive impairment, requiring adequate visual and physical capabilities for safe driving. Regrettably, research examining seniors' driving and riding capacities is scant, revealing a knowledge gap concerning their functional and cognitive fitness for operating vehicles, including an understanding of when and why they might choose to stop.

Conceptual framework

This research drew upon the principles of both the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) Framework and the Biopsychosocial Model.[6,7] The CGA Framework emphasizes a well-rounded examination of elderly individuals by addressing their physical, psychological, and social health. On the other hand, the Biopsychosocial Model delves deep into the complex interplay of biological, psychological, and social elements, offering valuable perspectives on the diverse challenges and advantages that senior drivers may exhibit.

Objectives

This study primarily sought to evaluate seniors' physical and cognitive status as drivers or

cyclists and examine their decisions to discontinue these activities.

Methods

Study population and sample

For this cross-sectional study, participants were selected from a population of 889 elderly residents in a specific sub-district within Phayao province. The sample size required for the quantitative analysis was derived from the standard table established by Krejcie & Morgan. Based on the criteria that the desired characteristic in the population has a proportion of 0.5, an acceptable margin of error at 5%, and a confidence interval of 95%, a total of 268 older adults were included in the study sample. These participants, who actively used cars, motorcycles, and bicycles, were chosen to represent a wide range of community backgrounds and vehicle usage experiences.

Data collection

This study targeted active drivers and riders aged 60 years and older. Participants were recruited via pamphlets and local referrals, with the study's purpose and procedures clarified beforehand. During data collection, participants underwent extensive assessments capturing health, vehicle use, sensory status, and functional abilities. Visual tests included assessments for visual acuity, color blindness, depth perception, and peripheral vision. Physical health and abilities were evaluated through functional tests like rapid pace walk, foot brake reaction time, and range of motion tests. Cognitive function was assessed using the clock drawing test. The study also explored participants' future decisions on driving or riding cessation. Each data collection session lasted around an hour.

Research instruments and procedures

The study employed a demographic data form to collect details such as age, gender, education, marital status, health status, and driving habits. This included participants' intentions to cease driving and their accident history. Subsequently, an assessment form designed in a fill-in-the-blank format was used to evaluate the participants' functional and cognitive. The functional assessment covered the range of motion for the neck, shoulder, elbow, wrist, trunk, and hip. Other tests administered were the rapid pace walk and the clock drawing test.

Local land transport authorities backed the study, supplying both personnel and equipment for specific assessments. Vision tests assessed participants' depth perception and ability to estimate distances, while the peripheral vision test gauged their capability to identify objects without moving their eyes. The foot brake reaction time test quantified their reflexes in brake pedal application. All the forms used had undergone content validation and reliability testing before their application in the study. [8-9]

Testing parameters

Using a goniometer, the study measured participants' range of motion in areas including the neck, shoulder, elbow, wrist, trunk, and hip, with established cut-off points for each. The Rapid pace walk cut-off was 7.5 seconds, and the clock drawing test was 5 out of 7. The Department of Land Transport set criteria for the depth perception, peripheral vision, and foot brake reaction tests. Successful pin alignment in at least two attempts was needed to pass the depth perception test, correctly identifying colors on both sides twice for the peripheral vision test, and achieving a reaction time of 0.75 seconds or less in at least two attempts for the brake reaction test. [10-12]

Statistical analyses

Descriptive statistics were used to interpret personal data, functional status, and driving cessation decisions of Thai senior road users, offering insights into participant characteristics and responses through

analysis of distribution patterns and variability.

Ethical considerations and approval

The study adhered to ethical principles, safeguarding participants' rights, and welfare. Participants received thorough briefings about the study, thus ensuring informed consent. Anonymity was upheld through secure data handling and non-identifiable reporting of results. The survey was designed with respect to participants' privacy and safety. Approval on April 7, 2018 from the BCNPY ethics committee (Re-04-61) verified adherence to ethical norms.

Results

Respondents' characteristics

The survey encompassed 268 Thai senior road users, with 44.9% males and 55.1% females, aged 60 to 96, average age 68.56 years (SD = 6.54). Most were married, with primary education, and 64.8% reported co-morbidities, suggesting a potential influence on their health, and driving capabilities. For the vehicles and road usage, bicycles (33.58%) and motorcycles (13.06%) as preferred transport. Many participants travel 2-10 kilometers (48.10%) primarily within their communities (69.77%), mostly in the morning until noon (54.48%). A vast majority has no prior road accident history (89.50%).

The Functional and cognitive status

Functional	number	(%)	number	(%)
Perceived hearing problem			Perceived visual problem	
No	219	(81.90)	No	88 (33.0)
Yes	49	(18.10)	Yes	180 (67.0)
Visual field test			Color blindness test	
Pass	252	(94.00)	Pass	224 (83.50)
Fail	16	(6.00)	Fail	44 (16.50)
Depth perception			Width perception	
Pass	129	(48.10)	Pass	223 (83.10)
Fail	139	(51.90)	Fail	45 (16.90)

Table 1 Hearing and visual status of the sample (n = 268)

For hearing and visual status, the data in Table 1 indicates 18.1% of participants experience hearing issues and 67.0% has visual problems. Most participants have a vision score poorer than 20/20. While 94.00% passed the visual field test, only 48.10% passed depth perception. The pass rates for color blindness and width perception tests were 83.50% and 83.10% respectively.

Functional	Right		Left	
	Number	(%)	Number	(%)
Neck rotation				
< 60 degrees	159	(59.33)	157	(58.58)
60-90 degrees	109	(40.67)	111	(41.42)
Shoulder internal rotation				
< 60 degrees	120	(44.78)	112	(41.79)
60-90 degrees	148	(55.22)	156	(58.21)
Shoulder external rotation				
<80 degrees	70	(26.12)	64	(23.88)
80-90 degrees	198	(73.88)	204	(76.12)
Elbow flexion				
<130 degrees	75	(27.99)	76	(28.36)
130-150 degrees	193	(72.01)	192	(71.64)
Wrist flexion				
<60 degrees	91	(33.96)	95	(35.45)
70-90 degrees	177	(66.04)	173	(64.55)
Wrist extension				
<60 degrees	117	(43.66)	108	(40.30)
70-90 degrees	151	(57.34)	160	(59.70)
Trunk rotation				
<30 degrees	238	(88.81)	230	(85.82)
30-40 degrees	30	(11.19)	38	(14.18)
Hip flexion				
< 100 degrees	59	(22.01)	47	(17.54)
100-120 degrees	209	(77.99)	221	(82.46)
Hip extension				
< 10 degrees	17	(6.34)	14	(5.22)
10-15 degrees	251	(93.66)	254	(94.78)
Hip internal rotation				
Less than 30 degrees	30	(11.19)	63	(23.51)
30-40 degrees	238	(89.81)	205	(76.49)
Hip external rotation				
Less than 30 degrees	24	(8.96)	21	(7.84)
30-60 degrees	244	(91.04)	247	(92.16)

Table 2: Function status of the sample (n = 268)

For the functional status, the findings in Table 2 indicate a significant proportion of participants had limited range of motion. Specifically, 59.33% had neck rotation below 60 degrees, 44.8% demonstrated shoulder internal rotation below 60 degrees, and 23.88% had shoulder external rotation under 80 degrees. Similar trends were observed in elbow flexion and wrist motions. A significant 88.8% had trunk rotation below 30 degrees. Most participants met the specified ranges for hip motions.

Functional and Cognitive Status	number	(%)
Rapid pace walks (Range = 11.35, Mean = 7.03, S.D. = 1.85)		
<7.5 seconds	188	(70.15)
7.5-9 seconds	38	(14.18)
>9 seconds	42	(15.67)
Break reaction time		
Pass (<.75 second)	57	(21.30)
Fail (>.75 second)	211	(78.70)
Clock drawing test (Scores)		
4	10	(3.70)
5	3	(1.30)
6	6	(2.40)
7	248	(92.60)
Giving up driving or riding in next 6 months		
Yes	35	(13.06)
No	233	(86.94)

Table 3: Further functional status, clock drawing test results, and driving/riding cessation (n = 268)

For additional functional and cognitive status, it was found that the quick walk averaged 7.03s, with 70.15% finishing under 7.5s. Most failed the brake test (78.7% over 0.75s). 92.6% scored 7 on the Clock Test, 3.7% got 4. Also, 233 seniors did not aim to giving up driving/riding soon, as shown in Table 3.

Discussion

Survey results echo prior research on elderly road users' capabilities. The significance of demographic data in devising interventions and policies for this group is well-noted, emphasizing interventions based on factors like age, gender, and education.[13] Thai seniors frequently use bicycles and motorcycles due to convenience and cost. Safety interventions include education and improved infrastructure.[14] Seniors prefer nearby travel, matching the "aging in place" concept. Accessibility and safety of community transportation are important.[15] Increased public transportation access reduces driving among older adults.[16] Health conditions such as visual and auditory impairments and restricted motion can affect seniors' driving. This impacts essential movements, challenging safe vehicle operation.[5] Solutions include health assessments, vehicle adaptations, and exercise programs.[17] Sensory issues are common among Thai seniors. Addressing visual impairments like cataract, glaucoma, and pterygium, along with hearing issues,

is essential.1Interventions and collaborations help mitigate these risks.[18,19]

Cognitive decline can affect driving safety.[20] Early detection and interventions promote safer behaviors.[21,22] Older drivers have longer reaction times.[23] Strategies to improve performance include exercise, cognitive training, and medication review.[24,25,26] Retirement from driving poses challenges for Thai seniors. Aging can affect driving safety. Solutions involve alternative transportation, infrastructure improvement, geriatric care, and technology integration.[27] Understanding physiological fatigue's impact on older drivers' reaction times is also a key to developing safe mobility strategies.

Conclusion

The survey reveals key data on older road users in Phayao province, underlining the need for specialized interventions. Future studies should assess how medical conditions impact driving and evaluate targeted interventions' effectiveness. These steps, along with stakeholder collaboration, could enhance safety for elderly road users in similar contexts.

Implications for Nursing

1. Community nurses should focus on evaluating the efficacy of technology-based interventions for older adult safety.

2. Nurses have a key role in observing and monitoring age-related changes in seniors, crucial for care planning and research.

3. Nurse educators should include topics on senior physical and cognitive decline, especially concerning road safety, in their teaching.

Recommendations for Future Research

1. Future research should involve greater collaboration among nurse researchers, other researchers, healthcare professionals, government bodies, and senior advocacy groups. This collaboration aims to improve the quality and impact of research.

2. There is a need for cross-validation of self-reported data with objective measures for reliability.

3. Longitudinal studies are encouraged to observe age-related changes over time, aiding in the development of effective interventions.

Acknowledgements

The team appreciates the Mitsui Sumitomo Insurance Group, senior road users' support, and Phayao's Department of Land Transportation resources. These aids enhanced our knowledge of senior road users' abilities.

References

1. National Economic and Social Development Board. Thailand's Aging Society Situation in 2020-2040. In: Development National Economic and Social Development, editor. Bangkok: National Economic and Social Development 2020. (in Thai)
2. Department of Older Persons. Statistics of the elderly in Thailand's 77 provinces as of December 31, 2022. In: Department of Older Persons, editor. Bangkok: Department of Older Persons; 2022. (in Thai)
3. Seresirikachorn K, Singhanetr P, Soonthornworasiri N, Amornpetchsathaporn A, Theeramunkong T. Characteristics of road traffic mortality and distribution of healthcare resources in Thailand. Scientific Reports 2022;12:20255.
4. World Health Organization. Motorcycle ABS to save lives. Khonkhan: Road Safety Foundation; 2020.
5. Engel, GL. The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry Journal. 1980;137(5), 535-44.

6. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, Panza F, et al. Three decades of comprehensive geriatric assessment: Evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. Journal of the American Medical Directors Association. 2017;18(2): 192.e1-192.e11.
7. Karthaus M, Falkenstein M. Functional changes and driving performance in older drivers: Assessment and interventions. Geriatrics. 2016;1(2):1-18.
8. Frontera WR., Silver JK, Rizzo TD. Essentials of physical medicine and rehabilitation: Musculoskeletal disorders, pain, and rehabilitation. 4th ed: Elsevier; 2020.
9. Gill TK, Shanahan EM, Tucker GR, Buchbinder R, Hill CL. Shoulder range of movement in the general population: age and gender stratified normative data using a community-based cohort. BMC Musculoskeletal Disorders. 2020;21(676):1-9.
10. Roman de Mettelinge T, Desimpelaere P, Cambier D. Cervical mobility and cervical proprioception in relation to fall risk among older adults: A prospective cohort study. European Geriatric Medicine. 2023; 14(3): 447-53.
11. Hetal VV, Jasmin HJ, Gandotra A, Shah GV. A study on range of movement (radial deviation, ulnar deviation, flexion and extension) of wrist joint. International Journal of Health Sciences and Research. 2016;6(5):94-100.
12. Zwerus EL, Willigenburg NW, Scholtes VA, Somford MP, Eygendaal D, van den Bekerom MP. Normative values and affecting factors for the elbow range of motion. Shoulder and Elbow. 2019;11(3):215-24.
13. Feng YR, Meuleners L, Stevenson M, Heyworth J, Murray K, Fraser M, et al. The impact of cognition and gender on speeding behavior in older drivers with and without suspected mild cognitive impairment. Clinical Interventions in Aging. 2021;6(16):1473-83.
14. Mohammaddokht S, Saadati M, Kashefimehr B, Azami-Aghdash S. Assessing and improving fitness to drive in the elderly people: A scoping review of policies and guidelines. Iranian Journal of Public Health. 2022;51(11): 2404-16.
15. Remillard ET, Campbell ML, Koon LM, Rogers WA. Transportation challenges for persons aging with mobility disability: Qualitative insights and policy implications. Disability and Health Journal. 2022;15(1)::2-10.
16. Ravensbergen L, Newbold KB, Ganann R, Sinding C. 'Mobility work': Older adults' experiences using public transportation. Journal of Transport Geography. 2021;97(2):103221.
17. Chayaopas N, Kasemsiri P, Thanawirattananit P, Piromchai P, Yimtae K. The effective screening tools for detecting hearing loss in elderly population: HHIE-ST Versus TSQ. BioMed Central Geriatrics. 2021;21(1):1-9.
18. Na Nakorn P, Detprapon M. Hearing impairment nursing care of ear and hearing health promotion in older persons. Nursing Research and Innovation Journal. 2021;27(2):151-62. (in Thai)
19. Toups R, Chirles TJ, Ehsani JP, Michael JP, Bernstein JPK, Calamia M, et al. Driving performance in older adults: current measures, findings, and implications for roadway safety. Innovation in Aging. 2022;6(1):1-13.

20. Fraade-Blanar LA, Ebel BE, Larson EB, Sears JM, Thompson HJ, Chan KCG, et al. Cognitive decline and older driver crash risk. Journal of the American Geriatrics Society. 2018;66 (6):1075-81.
21. Nozawa T, Taki Y, Kanno A, Akimoto Y, Ihara M, Yokoyama R, et al. Effects of different types of cognitive training on cognitive function, brain structure, and driving safety in senior daily drivers: A pilot study. Behavioural Neurology. 2015;525901:1-18.
22. Ross LA, Freed SA, Edwards JD, Phillips CB, Ball K. The impact of three cognitive training programs on driving cessation across 10 years: A randomized controlled trial. Gerontologist. 2017;57(5):838-46.
23. Balzarotti S, Pagani E, Telazzi I, Gnerre M, Biassoni F. Driving-related cognitive abilities: Evaluating change over time in a sample of older adults undergoing an assessment regarding fitness to drive. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(19):12806.
24. Castellucci HI, Bravo G, Arezes PM, Lavallière M. Are interventions effective at improving driving in older drivers?: A systematic review. BioMed Central Geriatrics. 2020;20(1):1-25.
25. Pan D, Pellicori P, Walklett C, Green A, Masse AR, Wood J, et al. Driving habits and reaction times on a driving simulation in older drivers with chronic heart failure. The Journal of Cardiac Failure. 2020;26(7):555-63.
26. Rongmuang D, Pauchpanpisan C, Nakchatree C, Tongdee J. Effect of Thengtuk Dance Exercise on the cognitive function in the elderly. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2023;24(2):278-89. (In Thai)
27. Fields NL, Cronley C, Mattingly SP, Roark EM, Leat SR, Miller VJ. Transportation mobility and health among older adults: Examining missed trips and latent demand. Journal of Transport and Health 2021;21(2):101069.

ผลของการเรียนรู้ผ่านเกมต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

The Effects of Gamification on Health Literacy in School-aged Children with Thalassemia

อรรัตน์ มณีเลิศ[1] สุชีวา วิชัยกุล*[2]
Orarat Maneelert[1] Susheewa Wichaikull*[2]
[1]โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คันนายาว กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10230
[1]Nopparat Rajthanee Hospital, Kannayao, Bangkok, Thailand, 10230
[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คันนายาว กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10230
[2]Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Kannayao, Bangkok, Thailand, 10230

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเกมออนไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย 3 ด้านคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครเป็นเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดเบต้าและฮีโมโกลบินอี จำนวน 42 คน จัดกลุ่มแบบจับคู่เป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ ธาลัสซีเมียเกมออนไลน์ และแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีค่าระดับความตรงของเครื่องมือ IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.8 ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในคลินิกโรคเลือดเป็นเวลา 6 เดือน มีการวัดความรอบรู้ทางสุขภาพและตรวจค่า Ferritin หลังจากใช้โปรแกรม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลของการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในเด็กป่วยธาลัสซีเมียที่ได้ผ่านการเล่นเกมออนไลน์สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และส่งผลให้ระดับค่าเหล็กในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ ปรับตัวอย่างการเรียนรู้ในเกมที่เน้นในเรื่องการตัดสินใจและโจทย์สถานการณ์ฝึกประสบการณ์การตัดสินใจให้มากขึ้นในการศึกษาครั้งต่อไป

คำสำคัญ: ธาลัสซีเมียในเด็ก, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, เกมออนไลน์, การเรียนรู้ผ่านเกม, โรคทางพันธุกรรม

Abstract

This is quasi-experimental research aimed to study the effects of an online game on health literacy of school-age children with thalassemia, including knowledge, decision making and healthcare management regarding continuing care. 42 school-age children with Beta Thalassemia and Hemoglobin E deficiency were recruited based on inclusion criteria and equally organised into control and experiment group by math pair sampling. The instruments of this study were Thalassemia online games and health literacy assessments

Corresponding Author: *susheewa@bcnnv.ac.th

วันที่รับ (Received) 21 ต.ค.2566 วันที่แก้เสร็จ (Revised) 24 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 7 ม.ค. 2567

validated by 3 experts with validity (IOC) of each item ranging from 0.6-1.0, and reliability (KR-20) = 0.8. The research was conducted in Thalassemia clinic for 6 months. Data were analysed by using paired t-test and independent t-test. The results found that gamification significantly promotes health literacy in school-age children with Thalassemia at 0.05 level. This result also confirmed that the blood iron levels from the experimental group were continuously decreased after using online games.

Recommendation: The learning outcomes regarding decision making experiences should be extensively focused on the future study.

Keywords: Thalassemia Children, Health Literacy, Online-game, Gamification, Genetic disease

บทนำ

ปัจจุบันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเป็นปัญหาโรคเลือดที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ที่พบมากที่สุดในประเทศ ซึ่งพบว่าคนไทยเป็นพาหะของโรคได้ถึงร้อยละ 30-40 ของประชากรทั้งหมด และจากสถิติของกรมการแพทย์พบว่าคนไทย 6 แสนคนป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงปานกลางที่ต้องได้รับเลือดและยาขับเหล็กเป็นประจำทุกเดือน และคาดการณ์ว่าเฉพาะประเทศไทยมีประชากรผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 50,000-100,000 ราย ที่มีภาวะเหล็กเกิน และมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาขับธาตุ และจากสถิติของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเลือด[1] โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2563 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับการรักษาโดยการให้เลือดอย่างสม่ำเสมอจนหายซีดปีละ 80 ราย การรักษาวิธีนี้ผู้ป่วยต้องมารับเลือดอย่างสม่ำเสมอ (ทุก 3-4 สัปดาห์) แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด คือ ภาวะเหล็กเกิน (Iron overload) ในผู้ป่วยที่มารับเลือดอย่างต่อเนื่องตามมาโดยในเลือด 1 ถุงจะมีธาตุเหล็ก 200-250 มิลลิกรัม คิดเป็น 200 เท่าของเหล็กที่ได้รับจากอาหารในสภาวะปกติร่างกายจะไม่มีกลไกในการกำจัดออกได้จึงนำไปสู่ภาวะเหล็กเกิน

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ได้ถูกนิยามโดยองค์การอนามัยโลกและให้ความหมายโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คือ “ทักษะทางการรับรู้และทักษะทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วยวิธีต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี”[2] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 6 องค์ประกอบ[3] ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจอธิบายถึงประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ตลอดจนการมีความสามารถในการวิเคราะห์เนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีสมเหตุสมผล 3) มีความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพ 4) การจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการการดูแลตนเองและกำกับตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้อง[4-5]

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีค่าต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนที่มี อายุ 6-13 ปี ถือเป็นวัยเริ่มต้นของการมีพัฒนาการในด้านร่างกาย พัฒนาการด้านสติปัญญา สามารถคิดเข้าใจ หาเหตุผลมาอธิบายสิ่งต่าง ๆ ผู้ป่วยเด็กวัยนี้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอกจากนี้เด็กวัยเรียนยังสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวมากขึ้น สามารถเริ่มคิดหาเหตุผลแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของตนที่เหมาะสม[6] ดังนั้นจึงเป็นช่วงที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กับการได้รับการศึกษาที่เหมาะสม การที่เด็กวัยเรียนจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพและประสบการณ์ของผู้ปกครองมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมียและช่วยส่งเสริมให้เด็กโรคธาลัสซีเมียในเรื่องการจัดการดูแลตนเองอีกด้วย[7]

การจัดการเรียนรู้ผ่านเกม (Gamification) เป็นการสร้างสื่อการเรียนโดยใช้หลักการของการเล่นเกมมาพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนโดยมีองค์ประกอบหลักๆ คือ

1) กลไกที่ใช้ในเกม 2) การกระตุ้น หรือผลักดันให้เกิด การดำเนินการในเกม 3) สุนทรียศาสตร์ความพึงพอใจ และความสนุกของเกมที่จะนำมาใช้ในการออกแบบเพื่อนำมาใช้อย่างเหมาะสมกับผู้เรียนแต่ละกลุ่ม[8] จากการศึกษาพบว่าเกมนอกจากมีความสนุกแล้วยังสามารถนำมาใช้ในการดึงดูดให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนมากขึ้น สามารถดึงดูดความสนใจผู้เรียนให้จดจ่อกับเนื้อหา สามารถนำมาใช้การฝึกทักษะการตัดสินใจแก้ปัญหา ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมได้[9-14] ปัจจุบันการจัดการเรียนรู้โดยใช้เกม (Gamification) ถูกนำเข้ามาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาและการเรียนรู้ทางสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในเด็ก เนื่องจากเด็กจะมีเป้าหมายและความสนใจต่อกิจกรรมต่างๆ น้อยกว่าในวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาถึงผลของการออกแบบเกมมาใช้ในการเรียนการสอนทำให้มีการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้นเช่น ผู้ป่วยเด็กเบาหวาน[15] เพื่อใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง

จากการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงานในปัจจุบันของคลินิกโรคเลือดเด็กโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีพบว่า การคัดกรองและประเมินปัญหาผู้ป่วยจะเป็นรูปแบบการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามเฉพาะเวลาก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ปัญหาที่พบในทางปฏิบัติคือจะไม่มีคำถามจากเด็กหรือผู้ปกครอง ตลอดจนเด็กและผู้ปกครองจะมีความสนใจต่อข้อแนะนำและแผ่นพับหรือคู่มือในการปฏิบัติตนน้อย ทำให้พบว่าเด็กจะกลับมาด้วยค่าของเหล็กในเลือดที่สูงมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเกมออนไลน์เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียภายใต้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้เด็กป่วยธาลัสซีเมียมีความรู้ที่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด เพื่อให้มีการรับรู้ข่าวสารทางสุขภาพทุกช่องทาง อย่างสะดวก รวดเร็ว และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตน เพียงแค่มีโทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้ผ่านเกมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เปรียบเทียบกับการให้ความรู้แบบปัจจุบัน

2) เพื่อศึกษาผลการตรวจค่าเหล็กในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

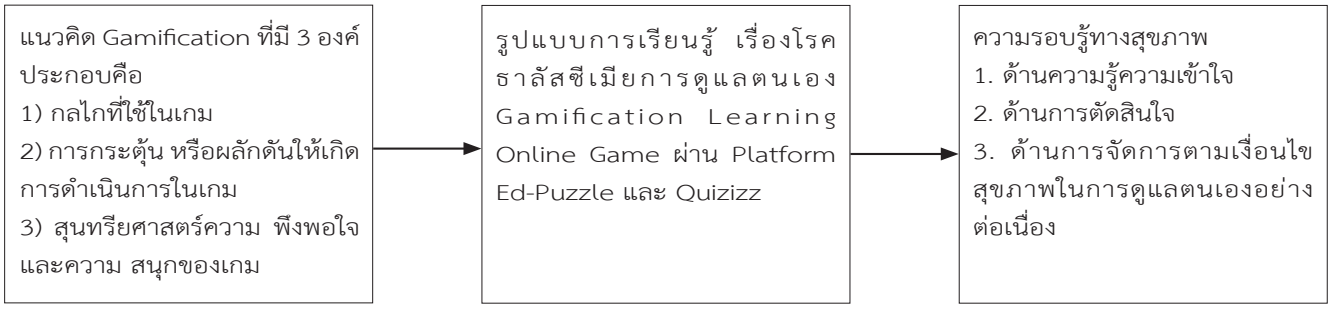
สมมุติฐาน

1. ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้เล่นเกมมีคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ และการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

2. ผลการตรวจหาค่าเหล็กในเลือดในกลุ่มทดลองลดลงหลังจากทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแนวคิดทฤษฎี Gamification ในการสร้างความรู้ผ่านเกม[8] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ที่มีองค์ประกอบ 3 ด้านในการพัฒนาโปรแกรม คือ 1) กลไกที่ใช้ในเกม 2) การกระตุ้น หรือผลักดันให้เกิดการดำเนินการในเกม 3) สุนทรียศาสตร์ความ พึงพอใจ และความสนุกของเกมที่จะเป็นแรงจูงใจในการเรียนรู้ของเด็ก กับแนวคิดทฤษฎี Health Literacy ของ นัทบีม โดยคัดเลือกแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) 3 ด้านคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจ และด้านการการจัดการตามเงื่อนไขสุขภาพในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีแผนผังกรอบแนวคิดดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi–Experimental Pre-test Post-test Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กอายุ 6-13 ปี ที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียและมารักษาที่คลินิคโรคเลือด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโฮโมซัยกัส เบต้าธาลัสซีเมีย เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี 2) ได้รับการรักษาโดยการให้เลือดแบบ regular transfusion 3) ได้รับยาขับเหล็ก 4) ไม่เคยเข้าร่วมงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมาก่อน และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ คือ 1) ไม่ยินยอมร่วมงานวิจัย 2) เป็นเด็กต่างด้าว 3) มีโรคประจำตัวอื่นร่วม เช่น โรคหัวใจ หอบเหนื่อย หรือมีปัญหาสุขภาพด้านที่ไม่สามารถมารับการรักษาต่อเนื่องได้ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณสำหรับการทดสอบ 2-independent samples t-test โดย ใช้สูตรโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power อิทธิพลขนาดใหญ่ 0.8 ระดับนัยสำคัญ 0.0516 ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 21 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 42 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่รับรอง 11/2564 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2563 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามหลัก Belmont Report ภายใต้เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน มีการรักษาความลับ การกระจายประโยชน์ และความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกันโดยปราศจากอคติ โดยเปิดโอกาสให้เวลาอาสาสมัครที่เป็นเด็กอายุ 7-12 ปี และผู้ปกครองซักถามก่อนตัดสินใจเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มี 2 ชนิดคือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย Learning Online Game คือชุดเครื่องมือ (Learning material) ที่พัฒนามาจากโปรแกรมออนไลน์ที่ใช้ในการกระตุ้นผู้เรียนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ตั้งขึ้น ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นรูปแบบของเกม โดยมี 2 ส่วน คือ

1.1 ส่วนของการให้ความรู้ด้วยรูปภาพและคำถามจากเกม Quizizz ซึ่งในส่วนของคำถามจะสร้างจากเนื้อหาความรู้ที่ผู้ป่วยควรรู้ เช่นการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ทั้งอาหารต้องห้ามที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่ควรรับประทาน การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองที่บ้าน จำนวนทั้งหมด 30 ข้อ โดยผู้เรียนสามารถเล่นได้ด้วยตนเอง แข่งกับตนเอง โดยมีส่วนของรูปภาพ คำถาม และคะแนนเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

1.2 การให้ความรู้จากผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวที่ดีเป็นรูปแบบวิดีโอสอดแทรกคำถามจากเกม จำนวน 5 ข้อ จากโปรแกรม Ed-puzzle เพื่อปรับทัศนคติและเป็นแรงบันดาลใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง

ประกอบด้วย แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพที่ออกแบบผ่านระบบเกมออนไลน์ (Quizizz Health Literacy) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมความรอบรู้ทางสุขภาพ 3 หมวดคือ 1 ด้านความรู้ความเข้าใจ 2 ด้านการตัดสินใจ 3. ด้านการจัดการตามเงื่อนไขสุขภาพในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อออกแบบให้เหมาะสมกับเด็กอายุ 6-13 ปี เป็นแบบวัดที่มี 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของนัทบีม[3] แต่ความรอบรู้ทางสุขภาพในงานวิจัยนี้ จะคัดเลือกส่วนที่เกี่ยวข้องกับเด็กมาเพียง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมเกมออนไลน์มีองค์ประกอบของเกมเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ 3 ด้าน คือ ระบบกลไกของเกม การกระตุ้นหรือการผลักดันให้เกิดการดำเนินการของเกม และความสนุกความพึงพอใจในเกม มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validation) ที่ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามในเกมกับวัตถุประสงค์ของแบบทดสอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเลือด อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก และพยาบาลผู้ปฏิบัติการในคลินิกโรคเลือด วิเคราะห์ค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) รายข้อมีค่าระหว่าง 0.6-1.0 และมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของโปรแกรม CVI = 0.82 นำโปรแกรม

เกมออนไลน์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย อายุ 6-13 ปี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น KR20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.8

2. แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ และการจัดการ มีจำนวนข้อคำถามละ 5 ข้อ เกม มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validation) วิเคราะห์ค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) รายข้อมีค่าระหว่าง 0.6-1.0 และมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบประเมิน CVI = 0.83 นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย อายุ 6-13 ปีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น KR20 (Kuder- Richardson 20) เท่ากับ 0.8

การดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับอนุมัติทำโครงการวิจัยและผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้คือ

1) ชี้แจงผู้ปกครองและผู้ป่วยโดยผู้วิจัยสรรหาอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า และให้เซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) หลังจากผู้ปกครองและเด็กลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทีละคู่โดยให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 1 ปี ได้กลุ่มควบคุม 21 คน และกลุ่มทดลอง 21 คน

3) อบรมผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยในการเก็บข้อมูล 1 คน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันในการเก็บข้อมูลและใช้เครื่องมือในการทดลอง โดยพยาบาลจะเชิญกลุ่มทดลองมาเล่นเกมและดูวิดีโอ ตลอดจนการทำแบบทดสอบ

4) ดำเนินการทดลองโดยให้ทั้ง 2 กลุ่มทำแบบทดสอบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ (Quizizz Health Literacy) เป็น Pre test ก่อนทำการทดลอง ดำเนินกิจกรรมเรียนรู้ผ่านเกม และทำแบบทดสอบหลังทดลอง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้ครบจำนวน 21 คน แล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

5) ดำเนินกิจกรรมเรียนรู้ผ่านเกม ทดลองใช้โปรแกรม Quizizz และ Ed-puzzle กับกลุ่มทดลอง 2 ระยะ คือ 5.1 ใช้ Quizizz thalassemia diet เป็นโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านคำถาม คำตอบ รูปภาพจากเกม ให้ความรู้ด้านอาหาร การปฏิบัติตนที่ดี ใช้เวลาในการทำประมาณ 15 นาที/คน 5.2 ดูวิดีโอเกม ที่ใช้ตัวแบบเป็นผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียให้ความรู้ผ่านวิดีโอสอดแทรกคำถามจากเกม Ed-puzzle โดยผู้เรียนสามารถเล่นได้ด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที/คน

6) Post test ทันทีและ 1 เดือนหลังจากทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ผ่านการดูแลตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพและค่าเฉลี่ย ferritin ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วย paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมมีเด็กป่วยธาลัสซิเมีย ชาย 8 คน หญิง 13 คน อายุ 6-13 ปี กลุ่มทดลอง ชาย 14 คน หญิง 7 คน อายุ 6-13 ปี

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติก่อนและหลังทดลองคะแนน

ความรอบรู้ทางสุขภาพ N = 21	$\bar{X}$ ก่อน	SD	$\bar{X}$ หลัง	SD	t	p-value P<.05
ความรู้	2.86	1.23	3.62	.74	2.4	.022
การตัดสินใจ	3.62	.92	3.67	.73	.18	.853
ด้านการการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง	3.33	.85	3.57	.75	1.09	.286
ความรู้ด้านสุขภาพรวม	10.0	2.93	10.81	1.86	1.1	.27
คะแนนเต็ม	15		15			

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) แต่ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน (p>.05) โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลอง เท่ากับ 10.0 และค่าเฉลี่ยหลังทดลองเท่ากับ 10.81

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นเกมก่อนและหลังทดลอง

คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ N = 21	$\bar{X}$ ก่อน	SD	$\bar{X}$ หลัง	SD	t	p-value P<.05
ความรู้	3.19	.75	4.43	.59	5.4	.001*
การตัดสินใจ	3.38	.80	3.95	.80	2.3	.030*
ด้านการการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง	3.10	.70	4.0	.77	3.6	.002*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	9.76	2.09	12.76	1.7	4.9	.001*
คะแนนเต็ม	15		15			

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านความรู้ ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการในการดูแลตัวเอง และในภาพรวมของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองเท่ากับ 9.76 และค่าเฉลี่ยหลังทดลองเท่ากับ 12.76

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ	$\bar{X}$ ก่อนทดลอง	SD	t	p-value	$\bar{X}$ หลังทดลอง	SD	t	p-value P<.05
กลุ่มควบคุม	10.0	2.93	.30	.76	10.81	1.86	3.5	.001*
กลุ่มทดลอง	9.7	2.09			12.76	1.73		

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

5. ผลการตรวจค่าเหล็กทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 4 ผลตรวจหาค่าเหล็กในเลือด

ผลตรวจค่าเหล็ก (Ferritin)	ก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean)		หลังทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean)		t	p-value P<.05
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
กลุ่มควบคุม	1895.49	1031	2043.14	1154	.40	.69
กลุ่มทดลอง	2454.93	1399	1975.64	1482	1.8	.04*

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของธาตุเหล็กในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงหลังจากใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<.05 (ก่อนทดลอง = 2454.93, หลังทดลอง = 1975.64) ในขณะที่กลุ่มควบคุมค่าเหล็กเพิ่มขึ้น (ก่อนทดลอง = 1895.49, หลังทดลอง = 2043.14)

การอภิปรายผลการวิจัย

เกมออนไลน์มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียทั้ง 3 ด้านคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจ และด้านการการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้คือ

ด้านความรู้ความเข้าใจของเด็กกลุ่มที่เรียนรู้ผ่านเกมและมารับการรักษาแบบปกติสูงขึ้นทั้งสองกลุ่ม แต่จะพบว่ากลุ่มที่ใช้เกมมีความรู้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างชัดเจน และสูงกว่ากลุ่มที่มีไม่มีการใช้เกมออนไลน์ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่ใช้ในการทดลองได้ใส่เนื้อหาของความรู้และการดูแลตัวเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในรูปแบบของเกมที่ผู้ป่วยเด็กสามารถเรียนรู้เนื้อหาและแข่งขันกับตัวเองเพื่อให้ผ่านด่านการทดสอบทำให้ผู้เรียนมีความตั้งใจในการอ่านเนื้อหาเพื่อตอบคำถามในแต่ละข้อในขณะที่การมารักษาแบบปกติจะมีเพียงแค่การให้คำแนะนำหลังให้เลือดตามปกติทั่วไป จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าออนไลน์เกมสามารถนำมาใช้กระตุ้นผู้เรียนให้มีส่วนร่วมของผู้เรียนและทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีเนื่องจากในกลไกการทำงานของเกมจะมีการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม กระตุ้นความอยากรู้อยากเห็น สร้างแรงจูงใจในการเล่นจากการแข่งขันกับตัวเองและกับผู้อื่นซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนใช้สมาธิและตั้งใจในการอ่านรายละเอียดเนื้อหาในเกมมากขึ้นและส่งผลให้มีความรู้มากขึ้น[9-10]

ด้านการตัดสินใจในการเลือกการปฏิบัติตนเมื่อมีทางเลือกในการดูแลตัวเองของเด็กกลุ่มที่เรียนรู้ผ่านเกมสูงขึ้นแต่อาจจะไม่มากเหมือนด้านอื่นเนื่องจากการตัดสินใจนอกจากจะใช้ความรู้แล้วอาจจะต้องประกอบด้วยประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยซึ่งเกมถึงแม้จะมีรูปแบบการให้ตัวอย่างการตัดสินใจแต่อาจจะไม่เพิ่มประสบการณ์ได้เท่ากับการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง แต่เมื่อมีการวัดในครั้งที่สองในระยะเวลาที่ห่างกัน 1 เดือน ของทั้งสองกลุ่มซึ่งจะพบว่าการตัดสินใจของกลุ่มทดลองจะสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเกมสามารถนำมาใช้ในการกระตุ้นการคิดการตัดสินใจ[13-14]

ด้านการจัดการดูแลตนเองแบบต่อเนื่องซึ่งจะพบว่ากลุ่มที่ได้เรียนรู้ผ่านเกมจะนำความรู้มาใช้ในการจัดการการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องมากขึ้นเพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรง โดยดูจากการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องที่บ้านเมื่อกลับมาติดตามผลเจาะตรวจดูค่าเหล็กในเลือด (Ferritin) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าเหล็กต่ำลงอย่างชัดเจนสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเกมสามารถกระตุ้นการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องรวมถึงการปรับพฤติกรรมการดูลตนเองที่ดีลดความเสี่ยงทางสุขภาพได้[7,14]

โดยสรุป ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียของกลุ่มที่เรียนรู้ผ่านเกมมีมากขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มที่มีการดูแลแบบปกติ จากความรู้ความเข้าใจในโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลต่อความสามารถในการบริหารจัดการ การตัดสินใจที่ดีขึ้นและสามารถปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้อย่างดีสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า เกมสามารถนำมาใช้ในการกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสุขภาพและการดูแลตนเอง[7,11,13-15]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรมีการปรับตัวอย่างและการเรียนรู้ในแบบเกมที่เน้นในเรื่องการตัดสินใจให้มากขึ้น

2. เพิ่มโจทย์การแก้ปัญหาและฝึกประสบการณ์ในการแก้ปัญหาตัดสินใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

มีการนำเกมไปประยุกต์ปรับทดลองใช้ในกลุ่มเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆ และทำวิจัยเชิงคุณภาพ (Phenomenology) เพื่อถามรายละเอียดเชิงลึกในการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันของกลุ่มทดลองที่มีค่าเหล็กต่ำลงมาก เพื่อจะได้นำมาหาข้อสรุปร่วมในการทำแนวปฏิบัติ และปรับใช้การพัฒนาเกมที่เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเพื่อนำมาดูแลเด็กป่วยธาลัสซีเมียให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

1. Puinukroh R. Quality of life in children with thalassemia and associated factors in Nong Khai Hospital. Mahasarakham Hospital Journal. 2022;19(2): 113-26. (in Thai)
2. Tachavijitjaru C., Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Sub): 1-11. (in Thai)
3. Nutbeem D. The evolving concept of Health Literacy. Social Science and Medicine. 2008;67(12): 2072-8.
4. Kasgari KA. et al., Health Literacy Measurement in Childhood: A Systematic Review. Journal of Pediatric Review. 2020; 8(3): 163-73.
5. Ingram RR. & Kautz DD. Creating Win-Win Outcomes for Health Literacy. Medsurg Nursing. 2018; 27(2): 132-4.
6. Clark KR. Learning Theories: Cognitivism. Radiologic Technology Journal. 2018; 90(2): 176-9.
7. Teerarungsikul N. & Sananreangsak S. Self-Management Experiences of Children with Thalassemia. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2015; 23(4): 48-60. (in Thai)
8. Kapp K., Lucas B. & Rich M. The Gamification of Learning and Instruction: Game-based Methods and Strategies for Training and Education. USA: John Wiley & Sons. 2012.
9. Wilson AS. & McDonagh JE. A Gamification Model to Encourage Positive Healthcare Behaviours in Young People with Long Term Conditions. EAI Endorsed Transactions on Serious Games Journal.2014; 1(2): 1-10.
10. Fijačko N, et al. Gamification in nursing: a literature review. Obzornik zdravstvene nege Journal, 2020; 54(2): 133-52.
11. Tungsakul J. Development of a Learning Management Model Based on the Gamification Concept to Enhance Collaborative Problem-Solving Competency among Nursing Students. (Thesis). Bangkok: Srinakharinwirot University. 2020. (in Thai)
12. Huang WH. & Soman D. A Practitioner's guide to gamification of education. Rotman School of Management University of Toronto. (2013).
13. Castrol TC. and Gonçalves SL. The use of gamification to teach in the nursing field. Brazilian nursing journals [Internet]. 2018; 71(3):1038-45.
14. Blake H. Using Technology in Health Promotion Interventions. 1st edition. Nottingham: Nova Science Publishers, Inc. 2008.
15. Rafeezadeh E. et al., Effect of an Educational Video Game for Diabetes Self-management on Adherence to a Self-care Regimen in Children with Type 1 Diabetes. Evidence Based Care Journal. 2019; 9(1): 74-83.
16. Sanitlou N., Woraponsatorn T. and Naphaarrak Y. Sample size calculation using G*Power Program. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology. 2019; 5(1): 496-507. (in Thai)

การใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเพื่อพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัย

Using Neuro-Linguistic Programming for Enhancing Executive Functions of the Brain in Early Childhood

นภัสชล คำมี จุฑามาศ แหนจอน* ศศินันท์ ศิริธาดากุลพัฒน์
Naphatsachon Khammee Juthamas Haenjohn* Sasinan Sirithadakunlaphat
หน่วยวิจัยและพัฒนาสมอง จิตใจและการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131
Brain, Mind and Learning Research and Development Unit, Faculty of Education,
Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเพื่อพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นอนุบาลศึกษาปีที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม จำนวน 2 ห้องเรียน แบ่งเป็นห้องเรียนที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัย 27 คน และห้องเรียนที่ได้รับการเรียนการสอนของโรงเรียน 22 คน รวม 49 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเพื่อพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับเด็กปฐมวัย จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 30-50 นาที บูรณาการหลักการของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตั้งเป้าหมาย ความฉับไวต่อการรับรู้ ความยืดหยุ่น และการสร้างสัญญาณพลัง 2) มาตรวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองโดยการตรวจเช็คพฤติกรรม 2 สำหรับคุณครู ใช้ประเมินพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่มและหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม ทดสอบความแตกต่างรายคู่แบบบอนเฟอโรนี่ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองและระยะติดตามผล และมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส, หน้าที่บริหารจัดการของสมอง, เด็กปฐมวัย

Abstract

The objective of this research was to test the effectiveness of using Neuro-Linguistic Programming to enhance executive functions of the brain for early childhood. The participants were Kindergarten 3 students. Forty-nine students (n = 49) were randomly selected by cluster sampling and divided into 2 groups: the experimental group (n = 27) was trained by using the program to enhance executive functions of the brain with Neuro-Linguistic Programming for early childhood, and the control group (n = 22) was studied according to the school curriculum. The research instruments were: 1) the program to enhance executive functions of the brain with Neuro-Linguistic Programming for early childhood consisting of 8 sessions (30-50 minutes each). It was

Corresponding Author: * E-mail: juthamas@go.buu.ac.th

วันที่รับ (received) 24 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ต.ค. 2566

developed by researchers based on Pillars of NLP such as rapport, acuity, outcomes, flexibility and anchoring techniques. 2) Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition (BRIEF2): Teacher Form with 63 items to assess the impairment of executive function tested for 3 periods: pre-test, post-test, and follow-up in 2 weeks. Statistical analyses were formed with one-way ANOVA with repeated measures. Bonferroni method was performed for multiple comparisons. The results showed that the experimental group had a significantly higher executive functions of the brain than control group in post-test and follow-up ($p < .05$). And, in the experimental group, the post-test had a significantly higher executive functions of the brain than follow-up period ($p < .05$).

Keywords: Neuro-Linguistic Programming, Executive functions of the brain, Early childhood

บทนำ

"ปฐมวัย" เป็นช่วงโอกาสสำคัญของการเรียนรู้ เป็นวัยเริ่มต้นของพัฒนาการในทุกด้านและเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการเรียนรู้ในช่วงวัยอื่น ๆ จึงควรส่งเสริมให้หน่วยงานทุกภาคส่วน รวมถึงผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2562 ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาวะทั้งกาย จิต ปัญญา สังคม และมีพัฒนาการสมวัย เพื่อร่วมขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมไทยในบริบทโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและซับซ้อน โดยเฉพาะครอบครัวและสถานศึกษา แต่จากผลสำรวจพบว่าร้อยละ 25 ของเด็กปฐมวัยมีปัญหาพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตัวเอง และด้านการเคลื่อนไหว อีกทั้งยังพบว่าร้อยละ 30 ของเด็กปฐมวัยมีปัญหาด้านพัฒนาการและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executive Functions: EFs) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองส่วนพรีฟรอนทอล คอร์เท็กซ์ (Prefrontal cortex: PFC)[1] ซึ่งมีช่วงเวลาของกระบวนการสร้างเซลล์ประสาทที่รวดเร็วและมากที่สุดในช่วงปฐมวัย[2]

หน้าที่บริหารจัดการของสมองโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกัน ได้แก่ ความจำใช้งาน (Working memory) การควบคุมยับยั้ง (Inhibitory control) และการยืดหยุ่นทางการรู้คิด (Cognitive flexibility)[3] ซึ่งเป็นทักษะที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในทุกด้านของชีวิต เกี่ยวข้องกับการคิดก่อนทำ การต้านทานต่อสิ่งล่อใจ หรือพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การเพ่งความสนใจ การใช้เหตุผล การคิดแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนอย่างยืดหยุ่นตามความต้องการหรือลำดับความสำคัญที่เปลี่ยนแปลง การมองสิ่งต่าง ๆ จากมุมมองใหม่และมุมมองที่แตกต่าง[4] และมีความสำคัญต่อความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กปฐมวัย (School Readiness) มากกว่าระดับเชาวน์ปัญญา[5] การพัฒนาทักษะของหน้าที่บริหารจัดการของสมองเริ่มจากความจำใช้งาน ซึ่งเป็นความสามารถในการรักษาและเชื่อมโยงข้อมูลสู่การปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน การควบคุมยับยั้งในการตระหนักถึงสิ่งที่ควรทำหรือไม่ควรทำ อันนำไปสู่การยืดหยุ่นทางการรู้คิดในการคิดนอกกรอบ การวางแผน การคิดแก้ปัญหา และการให้เหตุผล 5 นอกจากนี้หน้าที่บริหารจัดการของสมองสามารถจำแนกเป็น 9 องค์ประกอบ 6 ได้แก่ การยั้งคิด (Inhibit) การติดตามสังเกตตนเอง (Self-monitor) การสับเปลี่ยน (Shift) การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) การคิดริเริ่ม (Initiate) ความจำใช้งาน (Working memory) การวางแผน/จัดระบบ (Plan/Organize) การติดตามการทำงาน (Task-monitor) และการจัดการอุปกรณ์ (Organization of materials) เพื่อใช้ในการประเมินและเป็นแนวคิดในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมอง เช่น การเล่านิทานที่มีการลำดับเหตุการณ์และให้มีส่วนร่วมในการเพิ่มเติมเนื้อเรื่อง จะช่วยกระตุ้นความสนใจจดจ่อและความจำใช้งาน[7] กิจกรรมการเล่นที่ใช้จินตนาการ เป็นกิจกรรมที่ฝึกความจำใช้งานในการจำกฎกติการ่วมกับการควบคุมยับยั้งให้เล่นตามบทบาทที่ได้รับและอาศัยการยืดหยุ่นทางการรู้คิดในการคิดแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ดังนั้นการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริงผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า

สามารถพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัยได้[8]

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming: NLP) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้พัฒนาทักษะการคิด การสื่อสาร และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้งระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก[9] ซึ่งถูกขนานนามว่าเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังสำหรับการพัฒนาตนเอง[10] นำมาใช้ทั้งด้านการโค้ช (Coaching) การให้การปรึกษา (Counseling) และการศึกษา (Education)[11] โดยใช้หลักการสำคัญ (Pillars of NLP) ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) เกี่ยวข้องกับเซลล์ประสาทกระจกเงา (Mirror Neuron) ซึ่งสัมพันธ์กับความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการเลียนแบบพฤติกรรม (Imitation) [12] 2) การตั้งเป้าหมาย (Outcome) 3) ความฉับไวต่อการรับรู้ (Sensory acuity) ในการรับรู้และสังเกตความรู้สึกของตนเองรวมถึงผู้อื่น รวมถึงสิ่งต่าง ๆ รอบตัว หรือเรียกว่า “การตระหนักรู้ (Awareness)”[13] 4) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ประกอบด้วยความยืดหยุ่นทางพฤติกรรมเป็นความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[14] และความยืดหยุ่นทางความคิดเป็นความสามารถในการหาวิธีการเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้[15] และการสร้างสัญญาณพลัง (Anchoring) โดยการสร้างภาพเชิงบวกในความคิดซ้ำ ๆ คล้ายกับการสร้างเงื่อนไขแบบคลาสสิกของพาฟลอฟ (Pavlov) [16] ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ [15] รวมถึงเสริมสร้างทักษะการรู้คิด เช่น ความสนใจจดจ่อในนักเรียนชั้นประถมศึกษา [17] การควบคุมยับยั้งในเด็กวัยเรียน[18] และความคิดสร้างสรรค์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา[19]

จากใจความสำคัญดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสามารถเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้ และยังพบงานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสในช่วงปฐมวัยค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมาบูรณาการเพื่อเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัย เนื่องจากเป็นช่วงโอกาสสำคัญของการเรียนรู้ และเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการเริ่มต้นของพัฒนาการในทุกด้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเพื่อพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับเด็กปฐมวัย

สมมติฐานการวิจัย

เด็กปฐมวัยที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัย มีหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส และมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงกว่าหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 52 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) จำนวน 2 ห้องเรียน เป็นห้องเรียนที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัย (กลุ่มทดลอง) และห้องเรียนที่ได้รับการเรียนการสอนของโรงเรียน (กลุ่มควบคุม) และนำกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออกกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 49 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คนและกลุ่มควบคุม 22 คน เนื่องจากผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม จึงทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่แสดงถึงแสดงถึงความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ก่อนทำการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมองทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นในการวิจัยนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน จึงไม่มีผลต่อผลการทดลอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์ตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2565 เลขที่ IRB4-220/2565

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัย หมายถึง วิธีการฝึกอบรมทางจิตวิทยา (Psychological training) โดยใช้แนวคิดโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming: NLP) โดย ริชาร์ด แบนด์เลอร์ (Richard Bandler) และจอห์น กรินเดอร์ (John Grinder) เพื่อเป็น

แนวทางในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัย หลักการสำคัญของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Pillars of NLP) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) การตั้งเป้าหมาย (Outcome) ความฉับไวต่อการรับรู้ (Sensory acuity) และการยืดหยุ่น (Flexibility) รวมถึงเทคนิคการสร้างสัญญาณพลัง (Anchoring) โดยมีกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 30-50 นาที รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ เช่น

กิจกรรม “เมื่อฉันเป็นเธอ” ด้วยหลักการสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัย และเสริมสร้างความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) นำไปสู่การเสริมสร้างการติดตามสังเกตตนเอง

กิจกรรมฮีโร่ของฉันคือตัวฉันเอง โดยใช้หลักการสร้างสัญญาณพลัง (Anchoring) เพื่อเสริมสร้างคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) นำไปสู่การมีเจตคติที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการยั้งคิด และการติดตามสังเกตตนเอง

กิจกรรมนักสำรวจ โดยใช้หลักการตั้งเป้าหมายตามหลัก POSERS และการยืดหยุ่น (Flexibility)

กิจกรรมผีเสื้อเพื่อนรัก เป็นกิจกรรมฝึกความฉับไวต่อการรับรู้ (Sensory acuity) ผ่านการฝึกสติ เพื่อเสริมสร้างการติดตามสังเกตตนเอง และการสับเปลี่ยน

โดยโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านประสาทวิทยาศาสตร์ ด้านจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ด้านจิตวิทยา และด้านการสอนปฐมวัย รวมจำนวน 5 ท่าน พบว่าโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัยมีความเหมาะสมทั้งด้านวัตถุประสงค์ เนื้อหา และวิธีการดำเนินการ และสอดคล้องตรงตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่สามารถนำไปเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ฝึกใช้เทคนิคต่าง ๆ ของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ภายใต้การควบคุมดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาจนคล่องแคล่วและมีความมั่นใจในการนำโปรแกรม ฯ ไปทดลองใช้ (Try out) และทดลองจริง

2. มาตรวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองโดยการตรวจเช็คพฤติกรรม 2 (Behavior Rating Inventory of Executive Function: BRIEF2)[6] ฉบับภาษาไทย ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการแปลเป็นภาษาไทยตามขั้นตอนกระบวนการแปลเป็นภาษาไทยจากบริษัท Psychological Assessment Resources, Inc. (PAR, Inc.) BRIEF2 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.96 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำงานของหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุ 5-18 ปี แบบฟอร์มสำหรับคุณครู (Teacher form) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 63 ข้อ ใช้เวลาในการทำประมาณ 10 นาที โดยมีคุณครูเป็นผู้สังเกตและประเมินความถี่ของพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมองขณะอยู่ที่โรงเรียน โดยให้คะแนน 1 = ไม่เคย 2 = บางครั้ง และ 3 = บ่อยครั้ง แปลผลคะแนนจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Global Executive Composite: GEC) โดยจำแนกออกเป็นคะแนนเฉลี่ยดัชนีการกำกับพฤติกรรม (Behavioral regulation index: BRI) คะแนนเฉลี่ยดัชนีการกำกับอารมณ์ (Emotional regulation index: ERI) และคะแนนเฉลี่ยดัชนีการกำกับการรู้คิด (Cognitive regulation index: CRI)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Global Executive Composite: GEC) จากมาตรวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองที่ประเมินจากมาตรวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองโดยการตรวจเช็คพฤติกรรม 2 (Behavior Rating Inventory of Executive Function: BRIEF2) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measures analysis of variance: One between-subject variable and one within-subject variable) พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะของการทดลองส่งผลให้คะแนน GEC แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะของการทดลองและวิธีการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนน GEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากนั้นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอรโรนี (Bonferroni)

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. นักเรียนชั้นอนุบาลศึกษาปีที่ 3 กลุ่มทดลองมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในช่วงหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. นักเรียนชั้นอนุบาลศึกษาปีที่ 3 กลุ่มทดลองมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Global Executive Composite: GEC)

Source of Variation	SS	df	MS	F	p	η^2
Between Subjects						
Group	3773.091	1	3773.091	4.325*	.043	3773.091
Error	41004.909	47	872.445			
Within Subjects						
Interval	28145.841	1.635	17219.742	333.046*	.000	.876
Interval x Group	1557.161	1.635	952.677	18.426*	.000	.282
Error (Interval)	3971.982	76.822	51.704			

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะของการทดลองส่งผลให้คะแนน GEC แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าระยะของการทดลองและวิธีการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนน GEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมองจากแบบทดสอบ BRIEF2 ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

Group	Source	MD	SE	P
Experiment Group	Posttest - Pretest	-33.481*	2.161	.000
	Follow up - Pretest	-38.778*	1.994	.000
	Follow up - Posttest	-5.296*	1.058	.000
Control Group	Posttest - Pretest	-21.545*	1.641	.000
	Follow up - Pretest	-23.545*	2.308	.000
	Follow up - Posttest	-2.000	1.713	.768

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน GEC หลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และระยะติดตามผลน้อยกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เช่นกัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนน GEC ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ระยะติดตามผลและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าระยะของการทดลองและวิธีการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองใกล้เคียงกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองแตกต่างกัน และระยะ 2 สัปดาห์ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยังคงมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองแตกต่างกัน แสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง ซึ่งได้แก่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming: NLP) สำหรับเด็กปฐมวัย และกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนของโรงเรียน และระยะของการทดลอง ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่นำหลักการ NLP เพื่อพัฒนาความสนใจจดจ่อ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความสนใจจดจ่อมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[17] และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้ง โดยใช้ NLP ผลการวิจัยพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีการควบคุมยับยั้งหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [18] รวมถึงการใช้หลักการ NLP ในการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความฉลาดทางอารมณ์มากกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [10]

2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัยซึ่งมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมอง โดยพบว่า มีหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในช่วงหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 หรือมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในช่วงหลังการทดลองและระยะติดตามผล ตามสมมติฐานการวิจัย โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัยบนหลักการสำคัญของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสซึ่งสามารถเสริมสร้างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Academic achievement) ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical thinking) ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence)[20] การตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness) ทักษะทางสังคม (Social skill) และความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] นอกจากนี้โปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัยประกอบด้วยกิจกรรมที่เสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองทั้ง 9 องค์ประกอบ ดังเช่น กิจกรรมผีเสื้อเพื่อนรักซึ่งเป็นกิจกรรมการฝึกสติด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อผ่านนิทานฝึกสติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสำรวจความรู้สึกของตนเองและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผ่านการใช้จินตนาการ ซึ่งการฝึกสติสามารถเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัยได้ เช่น การฝึกสติด้วยการตรวจสอบร่างกาย (Body Scan) [21] การควบคุมการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อท้อง การสังเกตการรับรู้ของประสาทสัมผัส การรับรู้การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการตระหนักรู้ต่อความรู้สึกของตนเอง [22] กิจกรรมฮีโร่ของฉันคือตัวฉันเอง เป็นกิจกรรมฝึกค้นหาและรู้จักความสามารถของตนเองเพื่อเสริมสร้างคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) ผ่านนิทานเสริมสร้างสัญญาณพลังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเสริมกิจกรรมฝึกการรู้คิดในเนื้อหาของนิทาน ซึ่งพบว่าการเล่านิทานแบบเสริมกิจกรรมฝึกการรู้คิดเสริมสร้างความจำใช้งานได้[23] กิจกรรมนักสำรวจ เป็นกิจกรรมการจัดตารางเวลาตามหลัก POSERS ของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เพื่อฝึกการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปรับเปลี่ยนทางเลือกให้เหมาะสมตามบริบทของตนเองให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยฝึกอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ครั้ง กิจกรรมเงาดุ๊กดิ๊ก ซึ่งเป็นกิจกรรมฝึกความฉับไวต่อการรับรู้ผ่านกิจกรรมเสริมสร้างการยั้งคิด โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเคลื่อนไหวหรือแสดงท่าทางตามเงื่อนไขที่กำหนด และกิจกรรม Think outside the box คิดนอกกล่อง ซึ่งเป็นกิจกรรมฝึกการยืดหยุ่นทางความคิด โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยช่วยกันประดิษฐ์สิ่งของเพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่กำหนด

3. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัยประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 30-50 นาที สัปดาห์ละ 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ .05 และมีข้อสังเกตว่ากลุ่มควบคุมมีหน้าที่บริหารจัดการของสมอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มควบคุมยังคงได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย แต่ในระยะติดตามผลและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากกลุ่มทดลองที่ระยะติดตามผลมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้โปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัย ปะกอบด้วยแนวคิดของ NLP ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ใช้พัฒนาทักษะทั้งด้านการคิด การสื่อสาร และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก[10] โดยมีความเชื่อมโยงกับการทำงานของสมองและระบบประสาท เช่น การเรียนรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัส การเรียนรู้ตามลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล จึงเหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้ด้านการศึกษา[14] โดยพบว่าช่วยให้คุณครูประสบความสำเร็จในการสอนมากขึ้น[24] เพิ่มแรงจูงใจในการเรียน[25] ลดความคิดหรือพฤติกรรมด้านลบและเสริมสร้างคุณค่าแห่งตน[26] ซึ่งในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างการพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการจัดกิจกรรมเพียง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์[27] และปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความหุนหันพลันแล่น ไม่สามารถอดทนรอคอยได้นาน[28] โดยเป็นกิจกรรมที่สร้างความสนใจ สนุกสนาน อิสระ และได้ลงมือปฏิบัติ เช่น กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ที่ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยออกแบบหน้าปกสมุดของตนเอง กิจกรรมฮีโร่ของฉันคือตัวฉันเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมเล่านิทานที่ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการช่วยกันตั้งชื่อนิทาน และฝึกให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเรียงลำดับเหตุการณ์ในนิทาน ซึ่งช่วยเสริมสร้างความจำใช้งานและการยั้งคิด 5 และกิจกรรมผลงานของฉัน ที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้สร้างสรรค์ผลงานตามความต้องการของตนเองอย่างอิสระ

โปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัยได้ โดยใช้หลักการของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีงบประมาณ 2564 ผู้วิจัยขอขอบคุณภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานหรือองค์กรด้านการศึกษา นำโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัยไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบการศึกษาและจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัย

2. ควรส่งเสริมให้คุณครูหรือบุคลากรทางการศึกษาเห็นความสำคัญของการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองในเด็กปฐมวัย และนำโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัย ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน ทั้งนี้ผู้นำไปใช้ควรมีความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสอย่างคล่องแคล่ว และดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนที่กำหนดในโปรแกรม ฯ

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยบ่งชี้ว่า นักเรียนชั้นอนุบาลศึกษาปีที่ 3 กลุ่มทดลอง มีหน้าที่บริหารจัดการของสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในช่วงหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักเรียนชั้นอนุบาลศึกษาปีที่ 3 กลุ่มทดลอง มีหน้าที่บริหารจัดการของสมองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพื่อเป็นการยืนยันผลการทดลองในเชิงประสาทวิทยาศาสตร์ ควรมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองร่วมกับการทำแบบทดสอบ (Task) ที่เกี่ยวกับหน้าที่บริหารจัดการของสมอง เช่น แบบทดสอบ The Wisconsin Card Sorting Test (WCST) ด้วยการบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมองที่สัมพันธ์ต่อเหตุการณ์ (Event-related potential : ERP)

2. ควรนำโปรแกรมพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสำหรับเด็กปฐมวัยนี้ขยายผลไปยังนักเรียนชั้นอนุบาลศึกษาปีที่ 3 ในบริบทอื่น เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมอง

References

1. Gilbert SJ, Burgess PW. Executive function. Current Biology. 2008;18(3):R110-R114.
2. Casey BJ, Tottenham N, Liston C, Durston S. Imaging the developing brain: what have we learned about cognitive development?. Trends in cognitive sciences. 2005;9(3):104-10.
3. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. Cognitive Psychology. 2000;41(1):49-100.
4. Diamond A, Ling DS. Conclusions about interventions, programs, and approaches for improving executive functions that appear justified and those that, despite much hype, do not. Developmental cognitive neuroscience. 2016;18(2016):34-48.
5. Diamond A. Executive functions. Annual Review of Psychology. 2013;64(2013):135-68.
6. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. BRIEF-2: Behavior rating inventory of executive function. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 2015.
7. Chano J. Executive Functions and Early Childhood Development. Journal of Education, Mahasarakham University. 2019; 13(1):7-17. (in Thai)
8. Nopakhun J. The Development of Executive Function for 21st Century Preschool Children through Montessori Approach. Journal of education silpakorn University. 2018;16(1): 75-90. (in Thai)
9. Haenjohn, J. Neuro-linguistic programming [NLP]: application for counseling, learning, and Business: Chonburi, Get Good Creation; 2014. (in Thai)
10. Ahmad KZ. Improving emotional intelligence (EI) using neuro linguistic programming (NLP) techniques. InInternational Conference on Advances in Business and Law (ICABL). 2017;1(1):172-83.
11. Hejase HJ. Neuro-linguistic programming (NLP): Awareness and practice in UAE. European Journal of Business and Social Sciences. 2015;3(10):135-7.
12. Fabiańska M, Bosiacki M, Simińska D. The role of mirror neurons in cognitive and social functioning. Pomeranian Journal of Life Sciences. 2020;66(4):30-40.
13. Elston T, Spohrer K. Using NLP to enhance behaviour and learning: A handbook for teachers. Bloomsbury Publishing; 2009.
14. Skinner H, Croft R. Neuro-linguistic programming techniques to improve the self-efficacy of undergraduate dissertation students. Journal of Applied Research in Higher Education. 2009;1(1):30-8.
15. Javadi Y, Asl SA. Neuro-linguistic Programming, Teacher's Identity, and Teachers' Effectiveness. Journal of Language Teaching and Research. 2020;11(3):389-98.
16. Mukherjee S. Anchoring-An NLP Master Tool. Available at SSRN 2191435. 2012.

17. Patyencheun W, Haenjohn J, Sirithadakunlaphat S. Development of Program to Promote Attention Based on Neuro-Linguistic Programming in Primary School Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(3):305-12. (in Thai)
18. Phetmrum C, Haenjohn J, Supwirapakorn W. The Development of Promote Inhibitory Control in School Age Children. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1):390-8. (in Thai)
19. Alghafri AS, Ismail HN. The effects of neuroscience-and non-neuroscience-based thinking strategies on primary school students' thinking. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011;15(2011):3291-8.
20. Zhang X, Davarpanah N, Izadpanah S. The effect of neurolinguistic programming on academic achievement, emotional intelligence, and critical thinking of EFL learners. Frontiers in Psychology. 2023;13(2022):1-11.
21. Lertladaluck K, Suppalarkbunlue W, Moriguchi Y, Chutabhakdikul N. School-based mindfulness intervention improves executive functions and self-regulation in preschoolers at risk. The Journal of Behavioral Science. 2021; 16(2):58-72.
22. Li Q, Song Y, Lian B, Feng T. Mindfulness training can improve 3-and 4-year-old children's attention and executive function. Acta Psychologica Sinica. 2019;51(3):324-36.
23. Howard SJ, Powell T, Vasseleu E, Johnstone S, Melhuish E. Enhancing Preschoolers' Executive Functions Through Embedding Cognitive Activities in Shared Book Reading. Educational Psychology Review. 2017;29(2017):153–74.
24. Pishghadam R, Shapoori M, Shayesteh S. NLP and its relationship with teacher success, gender, teaching experience, and degree: A comparative study. World journal of English language. 2011;1(2):2-8.
25. Lashkarian A, Sayadian S. The effect of Neuro Linguistic Programming (NLP) techniques on young Iranian EFL Learners' motivation, learning improvement, and on teacher's success. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;199(2015):510-6.
26. Bull L. Sunflower therapy for children with specific learning difficulties (dyslexia): a randomised, controlled trial. Complementary therapies in clinical practice. 2007;13(1):15-24.
27. Walk LM, Evers WF, Quante S, Hille K. Evaluation of a teacher training program to enhance executive functions in preschool children. PloS one. 2018;13(5):1-20.
28. Anderson PJ, Reidy N. Assessing executive function in preschoolers. Neuropsychology review. 2012;22(4):345-60.

คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางด้วยความรัก ของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ : การวิจัยแบบผสานวิธี

Quality of life of Early Childhood Rearing in Skipped-Generation Families was divided by love in Chaiyaphum Province: Mixed Method Research

ยุภดี สงวนพงษ์* จารุมาศ จันทกุล
Yuphadi Sa-nguanphong* Jarumars Janthakul
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ประเทศไทย 36000
Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Thailand. 36000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานวิธี เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง และปัจจัยด้านความรักของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ โดยแบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของเด็ก เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ดูแล ระยะที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง 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, ครอบครัวแหว่งกลาง 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_9922@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 ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างเหมาะสมตามดัชนีความก้าวหน้าของคน[2] จากสัดส่วนครัวเรือนแหว่งกลางสูง[3] โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการย้ายถิ่นสูงที่สุด นักเศรษฐศาสตร์ได้คาดการณ์สัดส่วนที่เด็กในชนบทช่วงอายุก่อน 5 ปี จะอาศัยอยู่ในครัวเรือนแบบแหว่งกลาง คิดเป็นร้อยละ 11 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ในช่วงประถมศึกษา ซึ่งมีระดับที่สูงกว่าเด็กในสังคมเมือง[4] การเพิ่มขึ้นของจำนวนครอบครัวแหว่งกลางมีจากหลายสาเหตุ การไปทำงานต่างถิ่น การหย่าร้างที่สูงขึ้น ด้วยสาเหตุเหล่านี้ทำให้เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ปู่ย่าตายายหรือผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการเลี้ยงดูหลานอย่างปฏิเสธไม่ได้[5] ผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่เด็ก

การศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง ประกอบด้วย 7 ด้าน[2] ได้แก่ 1) สุขภาพ 2) การศึกษา 3) ชีวิตการงานและรายได้ 4) ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 5) ชีวิตครอบครัว 6) การสื่อสาร และ 7) การมีส่วนร่วม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทย พบว่าเด็กในครอบครัวแหว่งกลางมีปัญหาในด้านคุณภาพชีวิตของเด็ก ไม่ว่าจะเป็น IQ ต่ำ ผลการสอบต่ำ ปัญหาช่องว่างระหว่างวัย ปัญหาการสื่อสาร ความเครียดของผู้สูงอายุที่ต้องเลี้ยงดูเด็ก[6] การเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักของครอบครัวมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กความรัก[7] ถือเป็นสิ่งแรกที่เด็กสามารถรับรู้และเข้าถึงความรู้สึกนี้ได้ตั้งแต่เกิด จะส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวได้ ดังนั้นความรักจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างลักษณะนิสัยของมนุษย์แต่ละคนขึ้น สร้างคุณค่าในความเป็นคนแก่มนุษย์ด้วย รวมทั้งการใช้สื่อดิจิทัลมากเกินไปส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กแย่ลงได้ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กอย่างมาก[8]

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของประเทศ ในปี พ.ศ. 2562 ผลิตภัณฑ์มวลรวมเฉลี่ยต่อคนต่อปี 63,079 บาทต่อคนต่อปี (รายงานประมาณการเศรษฐกิจจังหวัดชัยภูมิ ฉบับที่ 3/2562) มีปัญหาครอบครัวแหว่งกลางเพิ่มจำนวนมากขึ้น ความยากจน รายได้น้อย การศึกษาเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน และประชาชนเริ่มมีสังคมที่เปลี่ยนแปลงเป็นสมัยใหม่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับความรักของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านเด็กกับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์เกี่ยวกับความรักของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านเด็ก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ หรือไม่

สมมติฐาน

ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านเด็ก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mix Method) แบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design)[9] แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. การศึกษาสถานการณ์ความรักของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง 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 กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแหว่งกลาง จำนวน 16 คน

2. เชิงปริมาณ ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30,643 คน และกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรเครซี่และมอร์แกน[10] 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) อาศัยอยู่ในครอบครัวแหว่งกลาง มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ (3) ผู้ดูแลหลักทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กนาน 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติ และ (4) ผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ผู้ดูแลย้ายที่อยู่ออกจากจังหวัดชัยภูมิ หรือ ไม่พร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยเชิงปริมาณ เช่นเดียวกับเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เชิงคุณภาพ เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กหมายถึงอะไรบ้าง ประกอบด้วยด้านใด ท่านมีวิธีการเลี้ยงเด็กด้วยความรักของครอบครัวอย่างไรบ้าง

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 และคุณภาพชีวิต

ของเด็ก คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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 สอบถามความสมัครใจลงลายมือชื่อในใบยินยอม ก่อนให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ผู้ดูแล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ มิถุนายน 2566 ถึง กรกฎาคม 2566 โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลด้วยการเยี่ยมบ้าน การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลนัดหมายในสถานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน มีการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง ทำการสัมภาษณ์ ครั้งๆละ 30-40 นาที การบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ กำหนดเป็นรหัส และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูล 4 ส่วนได้แก่ ด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก ด้านความรักของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยดึงข้อมูลสำคัญผ่านโปรแกรม Atlas ti 6.1 การยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล และนำเสนอข้อมูล อธิบายประเด็น แปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิ่มตัว[11]

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 $P<0.05$ ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านผู้ดูแล และด้านเด็กกับคุณภาพชีวิตของเด็ก ใช้สถิติ Biserial correlation และ Point-biserial correlation ตามลำดับ

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับความรักของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง สรุปประเด็นหลักได้ 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 เฝ้าดูพฤติกรรมที่น่ารักของเด็ก ตัวอย่างดังนี้

"...ยายเลี้ยงเหมือนลูกคนหนึ่ง รักมากกว่าลูกของตัวเอง เด็กน่ารักทำอะไรก็น่ารัก...." (ID01-03)

1.1.2 อยู่ใกล้ชิดเด็กเกิดความผูกพัน พบว่าผู้ดูแลได้เลี้ยงดูเด็กตั้งแต่เกิด อยู่ด้วยกันตลอดเวลา มีความใกล้ชิดและเกิดความผูกพัน ถ้าเด็กไม่ได้อยู่ด้วย จะเฝ้า

รอวันเด็กกลับ ตัวอย่างดังนี้

"...ย่าเลี้ยงเขามาตั้งแต่เกิด แม่เด็กคลอดออกมาก็ทิ้งไว้ให้ย่าเลี้ยงเลย ย่าเลี้ยงเหมือนลูกคนหนึ่ง ไปไหนก็ไปด้วยกัน ไม่เคยห่างเด็กเฝ้าดูแลอยู่ตลอดเวลา ห่วงเขาก่อนนอนก็กอดเขาทุกคืน..." (ID01-12)

1.1.3 การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พบว่า ผู้ดูแลและเด็กให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วยจะดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตัวอย่างดังนี้

"...ตาไม่ค่อยสบาย ลุกนั่งลำบาก มีหลานนี้ล่ะคอยนวดแขนขาให้ ช่วยเหลือเท่าที่เขาช่วยได้ ตอนเด็กเราดูแลเขาทุกอย่าง พอโตขึ้นเขาก็คอยช่วยเหลือเรา ให้กำลังใจเวลาทำงานเหนื่อยๆ ชื่นใจ..." (ID01-09)

1.2 ด้านเชิงลบ พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาและอุปสรรคต่อการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแหว่งกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดการใช้เวลาคุณภาพ 2) ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ และ 3) เด็กติดสื่อดิจิทัล ตัวอย่างดังนี้

1.2.1 การใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก พบว่า ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็กภายในครอบครัว ไม่ได้เล่นกับเด็ก เวลาส่วนมากของผู้ดูแลจะเป็นเวลาในการทำงาน เตรียมอาหารเสื้อผ้าให้เด็กมากกว่า ส่วนเวลาร่วมกิจกรรมการเล่นกับเด็ก ผู้ดูแลไม่ได้มีเวลา ตัวอย่างดังนี้

"...ย่าไม่ค่อยมีเวลาได้เล่นกับหลาน เห็นเขายังเล็กอยู่ทำอะไรก็ไม่เรียบร้อย ย่าจะเป็นคนทำทุกอย่างให้กับเด็ก ปล่อยให้เขาเล่นผู้เดียว ปล่อยให้ดูโทรศัพท์คนเดียว ย่าจะได้มีเวลามาทำอย่างอื่น ...." (ID01-14)

1.2.2 ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ พบว่า ผู้ดูแลเป็นผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวทั้งหมด ต้องหารายได้เสริมเข้าครอบครัว ต้องกู้ยืมเงินจากกองทุนของชุมชน ไม่ได้รับเงินจากพ่อแม่เด็ก ตัวอย่างดังนี้

"... ยายมีรายได้จากเงินผู้สูงอายุได้ 600 บาทต่อเดือน มีเงินได้ซื้อของใช้ภายในบ้าน เขามีรับจ้างตรงไหนยายก็ไป มีกู้เงินของกองทุนหมู่บ้านมาใช้ พ่อกับแม่เด็กไม่เคยส่งเงินมาช่วยเลย....." (ID01-16)

1.2.3 เด็กติดสื่อดิจิทัล พบว่า ผู้ดูแลไม่ได้มีเวลาให้คำชี้แนะจะปล่อยให้เด็กเล่นหรือดูโทรทัศน์ตามลำพัง โดยขาดการชี้แนะที่ถูกต้องแก่เด็ก ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถใช้สื่อดิจิทัลได้อย่างเต็มศักยภาพ ทำให้เด็กมีพฤติกรรมติดสื่อดิจิทัล เป็นต้น ตัวอย่างดังนี้

"..ยายไม่มีเวลา ต้องทำอย่างอื่น ยายจะให้เด็กอยู่กับโทรศัพท์มือถือ เห็นเขาสนใจ เล่นอยู่ได้ทั้งวัน แต่ถ้าขัดใจ เอาโทรศัพท์ออกมา เขาจะร้องไห้ดิ้นกับพื้นเลย ไม่รู้จะทำอย่างไร ก็ต้องปล่อยให้เขาดูต่อ" (ID01-06)

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางมีประเด็นสำคัญทั้งในด้านเชิงบวกและด้านเชิงลบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิต จากการศึกษาในระยะที่ 1 จึงนำผลการศึกษาที่ได้ มาทำแบบสอบถามและดำเนินการศึกษาในระยะที่ 2 ต่อไป

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

2.1 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

ข้อมูลผู้ดูแล จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.80 อายุ 51-60ปี ร้อยละ 50.00 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นยาย ร้อยละ 64.00 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.50 รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 70.50 ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมร้อยละ 45.00 ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.50 มีเวลาทำกิจกรรมกับเด็ก 3-4 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 62.00

2.2 ปัจจัยด้านเด็ก

ข้อมูลผู้ดูแล จำนวน 400 คน พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 54.00 อายุ 3ปี ร้อยละ 59.00 สาเหตุที่เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ เนื่องจากไปทำงานร้อยละ 63.00 และเด็กใช้เวลาในการอยู่กับสื่อดิจิทัล ร้อยละ 84.50

2.3 ระดับด้านความรักของครอบครัวที่มีต่อเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

ระดับความรักของครอบครัวที่มีต่อต่อเด็กประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ ด้านความใกล้ชิด ด้านความเสน่หา และด้านความผูกมัด ผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรักของครอบครัวที่มีต่อเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ (n = 400)

ความรักของครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความใกล้ชิด	4.34	0.52	มาก
ด้านความเสน่หา	4.37	0.55	มาก
ด้านความผูกมัด	3.59	0.64	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.10**	**0.55**	**มาก**

จากตารางที่ 1 ระดับความรักของครอบครัวที่มีต่อต่อเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ ด้านความเสน่หามีค่าระดับสูงสุด 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 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 7 ด้านได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านชีวิตการงานและรายได้ 4) ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม 5) ด้านชีวิตครอบครัว 6) ด้านการสื่อสาร และ 7) ด้านการมีส่วนร่วม ผลการศึกษาดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ (n = 400)

คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง	$\bar{X}$	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 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่ง จังหวัดชัยภูมิ ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.39, SD = 0.57 ส่วนด้านที่มีระดับต่ำสุด คือด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.61, SD = 0.76) ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.62, SD = 0.49)

2.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็กกับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแลด้านเด็ก กับคุณภาพชีวิตของเด็ก ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation: r) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ (n = 400)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. ด้านความรักของครอบครัว	0.632**
ด้านความใกล้ชิด	0.572**
ด้านความเสน่หา	0.622**
ด้านความผูกมัด	0.626**
2. ด้านผู้ดูแล	
ความเพียงพอของรายได้	0.137**
3. ด้านเด็ก	
เพศ	0.147**

**p<.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล และด้านเด็กมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ ทุกด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 รายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว พบว่า ความใกล้ชิด ความเสน่หา ความผูกมัด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.572 0.622 และ 0.626 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่า ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.137

ปัจจัยด้านเด็กปฐมวัย พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.147

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ ผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ สรุปได้ 2 ประเด็นสำคัญคือ 1) ด้านเชิงบวก พบว่า ผู้ดูแลและเด็กมีความรู้สึกในการเลี้ยงดูเด็กที่ดีซึ่งกันและกัน สรุปได้ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ผู้ดูแลมีความรักและเอ็ดดูเด็ก (2) อยู่ใกล้ชิดเด็กเกิดความผูกพัน และ (3) การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแหว่งกลาง ซึ่งไม่มีพ่อแม่เด็กอาศัยอยู่ด้วย แต่ผู้ดูแลก็เลี้ยงดูเด็กบนฐานของความรัก การได้เลี้ยงดูเด็กอยู่ใกล้ชิดเด็กทุกวันทำให้เกิดความผูกพัน และในขณะผู้ดูแลปัญหาสุขภาพ เด็กจะสอบถาม เด็กจะนอนอยู่กับผู้ดูแลและช่วยนวดแขนขาเพื่อให้ผ่อนคลาย เป็นต้น สอดคล้องกับ[12] ความรักความเข้าใจของครอบครัวมีอิทธิพลต่อเด็กในทางบวก มีการตระหนัก ปลูกฝังให้เด็กมีคุณธรรมจริยธรรม ร่วมทั้งหน่วยงานของรัฐควรช่วยสนับสนุนและเสนอแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กด้วย ในขณะเดียวกันผู้ดูแลยังมีปัญหาและอุปสรรคต่อการเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ (1) ขาดการใช้เวลาคุณภาพ (2) ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ และ (3) เด็กติดสื่อดิจิทัล ทั้ง 3 ปัญหาเหมือนเป็นห่วงโซ่ที่มีผลต่อเนื่องซึ่งกันและกันทั้งการใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก ส่วนมากผู้ดูแลจะใช้เวลาไปทำงานเพื่อหารายได้เข้าครอบครัว ในช่วงระหว่างวันที่เลี้ยงดูเด็ก จะปล่อยให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือตามลำพัง ผู้ดูแลยังขาดความรู้ของประโยชน์และโทษของการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็ก แต่ผู้ดูแลเห็นว่าเด็กมีความสนใจตั้งใจเรียนรู้เรื่องราวจากสื่อต่าง ๆ ได้ทั้งวัน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการทำงาน ทำกิจวัตรประจำวัน และดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้านได้ สอดคล้องกับ[13] พบว่าผู้ดูแลหลักเป็นปู่ย่าตายายมีลักษณะของครอบครัวแหว่งกลาง ผู้ดูแลไม่มีเวลา รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ และปล่อยให้เด็กดูโทรศัพท์มือถือไม่มีคำชี้แนะ เช่นเดียวกับ[14] พบว่าวิธีการสื่อสารในครอบครัวสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าในตนเอง ถ้าการสื่อสารในครอบครัวไม่มี

ประสิทธิภาพ มีช่องว่างระหว่างวัย ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดน้อยลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนในครอบครัวข้ามรุ่น[15] พบว่า ควรมีนโยบายในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ดูแลเด็กครอบครัวแหว่งกลางในการเฝ้าระวังการใช้สื่อกับเด็ก การรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล เพื่อเฝ้าระวังการใช้สื่อและการเสพสื่อที่ไม่เหมาะสม ภาคีเครือข่าย ควรมีนโยบายในการสำรวจภาวะขาดแคลนได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของเด็ก

2. ระดับความรักของครอบครัว อยู่ในระดับมาก และระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางอยู่ระดับปานกลาง สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างด้านความรักของครอบครัวด้านผู้ดูแล และด้านเด็กมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 จากผลการศึกษานี้ พบว่า ถึงแม้ระดับของความรักของครอบครัวที่มีต่อเด็กอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อดูในรายละเอียดของระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่ง อยู่ระดับปานกลาง สรุปประเด็นสำคัญของผลการศึกษาได้ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่

2.1 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็ก ด้านชีวิตของครอบครัวมีระดับต่ำที่สุด ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการให้เด็กได้ร่วมทำกิจวัตรประจำวันโดยให้เด็กคิดและลงมือปฏิบัติเอง การใช้ความรุนแรงกับเด็ก และสมาชิกในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา และยาบ้า เป็นต้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งภาคีเครือข่ายต้องมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กร่วมกันส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กอย่างเร่งด่วนเพื่อให้เด็กที่อาศัยในครอบครัวแหว่งกลางนี้ได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน มีความอยู่ดีมีสุข และป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้เพียงหน่วยงานเดียว ปัจจุบันการที่เด็กติดสื่อดิจิทัลจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก ดังนั้นสหสาขาวิชาชีพ[16] จึงเป็นส่วนที่มีบทบาทในการให้คำแนะนำการใช้สื่อดิจิทัลกับผู้ดูแล การป้องกัน เฝ้าระวัง ผลกระทบจากการใช้สื่อดิจิทัล ส่งเสริมการใช้สื่อดิจิทัลอย่างถูกวิธี ประสานงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

2.2 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่ง จังหวัดชัยภูมิ ในด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านสติปัญญา อยู่ในระดับต่ำที่สุด รองลงมาด้านสังคม สะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพด้านร่างกายเด็ก ซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ ควรเร่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นไปตามวัย สอดคล้องกับ[17] ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางของผู้ดูแลจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้ดูแลควรมีสมรรถนะหลัก 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพื่อสามารถส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการตามวัย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็กกับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางของผู้ดูแลจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 สรุปได้ดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว พบว่า ด้านความใกล้ชิด ด้านความเสน่หา ด้านความผูกมัด มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ จึงเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย การนำฐาน ความรักของครอบครัวมาใช้เป็นปัจจัยพื้นฐานลำดับที่ 3 ของมนุษย์ ตามลำดับขั้นความต้องการ[18] โดยปริมาณของความรักที่เหมาะสมถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการพัฒนาเด็ก ซึ่ง[12] ผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กด้วยความเอาใจใส่ให้ความรักแก่เด็กอย่างสม่ำเสมอช่วยให้เด็กเจริญเติบโตเป็นคนที่มีคุณภาพต่อไป

3.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.137 ผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้และมีเงินเก็บจะมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเงินเก็บหรือรายได้ไม่พอใช้สอดคล้อง[19] รายได้ของครอบครัวที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี โดยเด็กที่ผู้ดูแลมีรายได้พอเพียงมีสัดส่วนของพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมกับวัย

3.3 ปัจจัยด้านเด็ก พบว่า เพศของเด็ก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็ก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.147 การศึกษานี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นยายและย่า คิดเป็นร้อยละ 86.80, 64.00 และ 28.14 ตามลำดับ ผู้ดูแลมีบทบาทในการทำกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับวัยและเพศของเด็กโดยผ่านการเล่นในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย สอดคล้อง[20] พบว่า เพศเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลแต่ละคนมีบุคลิกลักษณะที่แตกต่างกัน การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของเด็กแต่ละเพศไม่เหมือนกัน

เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ ให้เจริญและมั่นคง การเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะเด็กที่พ่อแม่ไม่ได้เลี้ยงดู การส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กด้วยความรักความเข้าใจของ

ครอบครัวเป็นประเด็นสำคัญ ทั้งด้านชีวิตของครอบครัวมีความสมบูรณ์ เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย จากผลการวิจัยพบว่า

1. การเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักที่เหมาะสมบนฐานความเข้าใจและความพร้อมของครอบครัว ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กให้เจริญเติบโตเป็นคนที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เช่น การเสริมความรักความเข้าใจในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กเพิ่มเติม เช่น ด้านชีวิตของครอบครัว การใช้ความรุนแรงในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของเด็ก การใช้สื่อดิจิทัลกับคุณภาพชีวิตของเด็ก เป็นต้น

2. ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กในครอบครัวแหว่งกลางในบริบทอื่นๆ 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. Kirdruang P. Well-Being and Economic Factors of Skipped-Generation Households in Thailand. Bangkok: Thailand Science Research and Innovation (TSRI); 2019. (in Thai)
4. Lekfeakfuu 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 and Management Strategy. (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 Pediatr 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 Influencingdevelopment of children aged one to under six years old. Journal of the Medication Association of Thailand. 2005;88(1): 86-90.
20. Shweder R A. On savages and other children. American Anthropologist. 1982. 84(2), 354-66.

ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง

Stress, Depression, Self-esteem, and Self-efficacy of Nursing Students a Higher Education Institution

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล* นงนุช บุญมาลา
สุภาพักตร์ หาญกล้า อัญชลี อ้วนแก้ว กัตติกา วังทะพันธ์
Soiy Anusornteerakul* Nongnuch Boonmala
Suphaphak Harnklar Anchalee Ounkaew Kattika Wangtapan
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ประเทศไทย 41000
Faculty of Nursing, Rachathani University, Udon Thani Campus, Thailand 41000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 73 คน ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความเครียด 20 ข้อ ภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 10 ข้อ และการรับรู้ความสามารถตนเอง 10 ข้อ แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93, 87, .74 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับมากร้อยละ 17.8 มีภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรงร้อยละ 1.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำร้อยละ 24.7 การรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลางร้อยละ 24.7 และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .724$, $p<.001$) ความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.320$, $p = .01$ และ $r = -.343$, $p<.01$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ($r = .260$, $p<.05$)

ข้อเสนอแนะ นักศึกษาที่มีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับมาก มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก ควรได้รับการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรับรู้ความสามารถตนเองสูงให้สูงขึ้น เพื่อลดความเครียดและป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, การรับรู้ความสามารถตนเอง, นักศึกษาพยาบาล

Corresponding author: *E-mail: soianu@kku.ac.th

วันที่รับ (received) 19 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 ม.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.พ. 2567

Abstract

This correlational descriptive research aimed to study stress levels, depression, self-esteem, and self-efficacy of nursing students, and the relationship between stress, depression, self-esteem, and self-efficacy. The sample was 73 third-year nursing students at a higher education institution, in Udon Thani Province. The research instruments were 20-item stress questionnaire, 9-item depression, 10-item self-esteem, and 10-item self-efficacy questionnaires. The questionnaires had a Cronbach alpha coefficient of .93, 87, .74, and .93 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson correlation coefficient. The research results found that students had moderate to high levels of stress 17.8%, severe level of depression 1.4%, low self-esteem 24.7%, moderate self-efficacy 24.7%. The stress has a positive relationship with depression (r = .724, p<. 001). Stress and depression were negatively related to self-esteem (r = -.320, p = .01 and r = -.343, p<.01, respectively), but not related to self-efficacy. The self-esteem was positively related to self-efficacy (r = .260, p<.05).

Suggestions: students who have moderate to high levels of stress, and severe levels of depression should be promoted self-esteem and self-efficacy to reduce stress and prevent depression.

Keywords: Stress, Depression, Self-esteem, Self-efficacy, Nursing student

บทนำ

นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีความเปราะบางทางอารมณ์ และต้องเผชิญกับการ เปลี่ยนแปลงกับสิ่งต่างๆรอบตัว เช่น การย้ายที่อยู่จากบ้านมาอยู่หอพัก การมีเพื่อนใหม่ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน สภาพแวดล้อมใหม่ที่ต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น และด้านการเรียนซึ่งจะแตกต่างไปจากระดับมัธยมศึกษา นักศึกษาจะต้องศึกษาค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองมากขึ้น[1] และยังต้องปรับตัวเองให้เข้ากับสังคมใหม่และวิธีการเรียนใหม่ หากนักศึกษายังปรับตัวไม่ได้ อาจก่อให้เกิดความเครียด ถ้าความเครียดอยู่ในระดับมากจนเกินไป การทำงานของระบบประสาทก็จะมีปฏิกิริยารุนแรงขึ้นตามไปด้วย อาจรุนแรงจนทำให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยและเกิดภาวะซึมเศร้า[2] นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลที่มีระดับความเครียดสูง ที่ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามที่กล่าวมาแล้ว ยังต้องปรับตัวเข้ากับการเรียนและหลักสูตรเฉพาะสาขา เนื่องจากมีการเรียนที่หนักทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และมีการฝึกปฏิบัติงานท่ามกลางความหวังจากครอบครัวและผู้รับบริการ จึงทำให้มีความเครียดสูงกว่ากลุ่มวิชาชีพอื่น[3] อีกทั้งการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบสูงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น ต้องปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย หดหู่ และเป็นสาเหตุให้นักศึกษาสอบตกลาออก หรือพักการเรียน[4]

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 27.90 ความเครียดระดับสูงร้อยละ 51.70 และความเครียดระดับรุนแรงร้อยละ 20.10[4] โดยความเครียดในการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า5 การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยอยู่ระหว่าง ร้อยละ 8.30-50.10 และพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 3.85 ในขณะที่นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงถึงร้อยละ 7.14[5] อาจเนื่องมาจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ต้องศึกษาทั้งรายวิชาภาคทฤษฎีควบคู่ไปกับการเริ่มฝึกประสบการณ์วิชาชีพบนหอผู้ป่วยมากขึ้นมากกว่าชั้นปีอื่น ๆ ซึ่งการฝึกประสบการณ์วิชาชีพนักศึกษาพยาบาลต้องฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายมากขึ้น ต้องศึกษาความรู้เพิ่มเติมที่นอกเหนือจากการเรียนในชั้นเรียน การปรับตัวดังกล่าวจึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า[6] และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามีหลายปัจจัย โดยหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญคือ ความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเอง[7] เนื่องจากบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ โดยจะเป็นบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ปรับตัวได้ดี แต่หากเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ก็จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า[6] นอกจากนั้น การรับรู้สมรรถนะตนเองก็เป็นสิ่งที่สำคัญ จะทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย หากนักศึกษาพยาบาลรับรู้สมรรถนะทางการพยาบาลตนเองต่ำจะส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลได้น้อย ทำให้เกิดความเครียดและไม่มีความสุขในการฝึกปฏิบัติงาน[8] จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เนื่องจากมีงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความเครียดมากที่สุด เห็นคุณค่าในตนเองต่ำและมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมากที่สุด[5] เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้สถาบันศึกษาการพยาบาลในการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของนักศึกษา นักศึกษาที่มีปัจจัยด้านจิตสังคมไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ[9] ส่วนการเห็นคุณค่าตนเองเป็นความต้องการพื้นฐานของจิตใจ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะมองตนเองในทางบวกและรับรู้ความสามารถตนเองในทางบวก ปรับตัวได้ดี สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดี ที่จะส่งผลต่อการเรียนและผลสัมฤทธิ์ของนักศึกษา[6]

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เก็บข้อมูลในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรการประมาณสัดส่วนประชากร[10]

$$n = \frac{NZ^2pq}{Nd^2 + Z^2pq}$$

n = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด 73 คน

P = สัดส่วนความเครียดระดับรุนแรงร้อยละ 20.10 จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง[4]

z = ค่าปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับกำหนดร้อยละ 5 แทนค่าในสูตรได้ n = 56.34 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 57 คน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง นักศึกษาอาจไม่ตอบหรือตอบไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงใช้ประชากรที่เป็นนักศึกษาทั้งหมดจำนวน 75 คน ซึ่งครอบคลุมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ พบว่านักศึกษาตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ 73 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 และเป็นนักศึกษาเพศหญิงทั้งหมด

มีเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่ยินยอมตอบแบบสอบถาม ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วนคือ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานที่พักอาศัย บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับและความเพียงพอต่อเดือน แหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย **ส่วนที่ 2** แบบประเมินความเครียด[11] มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด มีมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) เป็นบ่อยๆ

(2 คะแนน) เป็นประจำ (3 คะแนน) มีเกณฑ์การประเมิน 4 ระดับ คือ เครียดปกติ (0-17 คะแนน) เครียดน้อย (18-25 คะแนน) เครียดปานกลาง (26-29 คะแนน) เครียดมาก (30-60 คะแนน) โดยคะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดมากขึ้น[11] **ส่วนที่ 3** แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q12 มีข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นความรู้สึกหรืออาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน (1-7 วัน) (1 คะแนน) เป็นบ่อย (>7 วัน) (2 คะแนน) เป็นทุกวัน (3 คะแนน) มีเกณฑ์การประเมิน 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการ/ซึมเศร้าน้อยมาก (<7 คะแนน) ซึมเศร้าน้อย (7-12 คะแนน) ซึมเศร้าปานกลาง (13-18 คะแนน) และซึมเศร้ารุนแรง (≥19 คะแนน) คะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น[12] **ส่วนที่ 4** แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's Self Esteem Scale) มีผู้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ[13] มีข้อคำถาม 10 ข้อเป็นคำถามทางบวก 5 ข้อและคำถามทางลบ 5 ข้อ มีมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ข้อคำถามทางบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยส่วนน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ข้อความทางลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม คะแนนมากขึ้นแสดงถึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น **ส่วนที่ 5** แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง (Schwarzer & Jerusalem's Self-Efficacy Scale) จำนวน 10 ข้อ มีผู้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและแปลกลับ[14] มีมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด (4 คะแนน) เป็นจริงมาก (3 คะแนน) เป็นจริงเล็กน้อย (2 คะแนน) ไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) ข้อความทางลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม คะแนนมากขึ้นแสดงถึงมีการรับรู้ความสามารถตนเองมากขึ้น

แบบสอบถามส่วนที่ 4-5 มีเกณฑ์ในการประเมินเป็น 3 ระดับ15 ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80-100 เท่ากับระดับสูง (32-40 คะแนน) คะแนนร้อยละ 60-79 เท่ากับระดับปานกลาง (24-31 คะแนน) และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 เท่ากับระดับต่ำ (10-23 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจากข้อความในแบบสอบถามไม่ได้เน้นการพยาบาลด้านใดด้านหนึ่ง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนให้อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ค่า IOC = 1 จากนั้นนำแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 ไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่นโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ .93, 87, .74 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ตามเอกสารเลขที่ UDH REC No. 73/2566 ลงวันที่ 4 กันยายน 2566 โดยนักศึกษาได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การเก็บรักษาความลับ สิทธิ์ในการถอนตัวจากการตอบแบบสอบถาม และการนำเสนอผลการวิเคราะห์ในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหารสถาบันและอาจารย์ประจำชั้นเพื่อชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมทั้งหมด และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในชั่วโมงสันทนาการ (happy hour) ของนักศึกษา โดยเก็บข้อมูลครั้งเดียว เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที นักศึกษาที่เข้าร่วมวิจัยส่งแบบสอบถามและใบลงนามยินยอมหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมสันทนาการ เพื่อให้นักศึกษามีเวลาในการตัดสินใจ และส่งอาจารย์ที่รับผิดชอบกิจกรรมสันทนาการซึ่งไม่ใช่นักวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิคราะห์ความสัมพันธ์ของ 4 ตัวแปร เนื่องจากเป็นตัวแปรเชิงปริมาณที่ถูกวัดด้วยมาตรอัตราส่วน (ratio scale) และมีการแจกแจงร่วมแบบปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-23 ปี อายุเฉลี่ย 20.66±.60 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่หอพัก/อพาตร์เม้นท์/บ้านเช่าร้อยละ 100 อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 90.4 ค่าใช้จ่ายต่อเดือน 2,500-5,000 บาทร้อยละ 52.0 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 6849.32±3550.63 บาท/เดือน มีความเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 65.8 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเป็นพ่อแม่ร้อยละ 89.0

ตารางที่ 1 ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเอง (N = 73)

ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด		
ปกติ	47	64.4
เครียดน้อย	13	17.8
ปานกลาง	4	5.5
มาก	9	12.3
ระดับภาวะซึมเศร้า		
น้อยมาก/ไม่มีอาการ	54	74.0
น้อย	18	24.6
รุนแรง	1	1.4
ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		
ต่ำ	18	24.7
ปานกลาง	30	41.1
สูง	25	34.2
ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง		
ปานกลาง	18	24.7
สูง	55	75.3

จากตารางที่ 1 นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปกติร้อยละ 64.4 ระดับปานกลางถึงระดับมากร้อยละ 17.8 เป็นความเครียดระดับมากร้อยละ 12.3 ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 24.7 ระดับรุนแรง 1 คนร้อยละ 1.4 โดยไม่พบว่ามีระดับปานกลาง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.1 ระดับต่ำร้อยละ 24.7 ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงเท่านั้น โดยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 24.7

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (N = 73)

ตัวแปร	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า	การรับรู้ความสามารถในตนเอง	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
ความเครียด	1			
ภาวะซึมเศร้า	.724***	1		
การรับรู้ความสามารถในตนเอง	.049	.020	1	
ความมีคุณค่าในตนเอง	-.320**	-.343**	.260*	1

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 *** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤.001

จากตารางที่ 2 ความเครียดของนักศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่านั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเอง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบความเครียดของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนพยาบาลกองทัพบกที่พบว่ามีความเครียดในระดับน้อย[16] เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลในภาคการศึกษาที่ 1 นักศึกษายังไม่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ยังอยู่ระหว่างการเตรียมตัวฝึกปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้พบว่ามีความเครียดน้อย ส่วนภาวะซึมเศร้าพบระดับน้อยมากร้อยละ 74.0 ระดับน้อยถึงรุนแรงร้อยละ 26.1 สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 18-22.6[6,7,17] แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดและมีความเครียดมากขึ้นหากขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เนื่องจากการเรียนพยาบาลนักศึกษาจะต้องใช้ความพยายาม ความมุ่งมั่นตั้งใจ ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการเรียน จึงทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า[1]

นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลางร้อยละ 41.1 รองลงมาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 34.2 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 24.7 สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร พบว่านักศึกษารู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง[18] นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าตนเองในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 62.5[6] ส่วนนักศึกษาพยาบาลในราชบุรีพบว่าส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าตนเองในระดับสูงร้อยละ 94.5[19] นักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าตนเองในระดับสูง เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ที่เข้ามาเรียนพยาบาลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ มีความภูมิใจในตนเองที่ได้เข้ามาเรียน และวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สังคมยกย่องให้เกียรติ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 75.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลางร้อยละ 24.7 สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษามีระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับสูง[20] เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบ ส่งงานตรงต่อเวลา มักจะทำงานหรือแบบฝึกหัดและกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายได้เต็มที่ เนื่องจากนักศึกษาที่เข้าเรียนพยาบาลจะมาด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจในการเป็นพยาบาลในอนาคต จึงพยายามเรียนและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งจากการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา มีส่วนช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง จึงทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนอยู่ในระดับสูง[20]

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเอง

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา[5,21] อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความเครียดมากขึ้น การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นเกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่าและความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวและการจัดการความเครียด บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียดจะประเมินความรุนแรงเกินจริง ทำให้เกิดความเครียดได้มากกว่าบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง การมีคุณค่าในตนเองจะทำให้บุคคลมองตนในด้านบวก ทำให้ปรับตัวได้ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า[6,7] ดังนั้น หากนักศึกษามองตนเองในทางลบว่าบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า[6] ในขณะที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเอง บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะมองงานที่ยากว่าเป็นภาวะคุกคาม เมื่อมีความผิดพลาดจะมองว่าตนเองด้อยค่าและขาดความสามารถ ประเมินความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ[20]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย

งานวิจัยนี้พบว่านักศึกษามีความเครียดระดับมากถึงร้อยละ 12.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 1.4 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำร้อยละ 24.7 และรับรู้ความสามารถตนเองในระดับปานกลางร้อยละ 24.7 ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลผู้สอนควรคำนึงถึงสุขภาพจิตของนักศึกษา และควรประเมินสุขภาพจิตของนักศึกษาเป็นระยะ

ร่วมกับการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถในตนเองในการแก้ปัญหาของนักศึกษาในทุกชั้นปี และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถในตนเองในการแก้ปัญหาของนักศึกษาในทุกชั้นปี

2. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถในตนเองในการแก้ปัญหาของนักศึกษา

References

1. Chaisawang P, Onongat P, Pengchaem S, Weluwanarak N, Inthakul S. Prevalence and factors associated with depression among medical science students, Nakhonratchasima College. Nakhonratchasima: The National Conference Nakhonratchasima College; 2020. (in Thai)
2. Anekjumnongporn P. Stress of undergraduate students in the hospitality and tourism industry program. Thammasat Journal 2022;41(2):196-210. (in Thai)
3. Nochit W, Yotthongdi N, Leksanga W, Manfak P. Factors predicting stress and stress management of bachelor program of nursing students. Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University 2020;10(1):118-28. (in Thai)
4. Sihawong S, Fuddee N, Yanarom N, Noinang N, Anai N, Bunchern T, et al. Factors causing to stress of nursing students, Ubon Ratchathani University. Huachiew Chalermprakiet University Journal 2018; 21(24): 9-106. (in Thai)
5. Srioad P, Thoin P, Khoyun S. Depression among nursing students and related factors in the situation of the COVID–19 pandemic. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2023;26(2):91-102. (in Thai)
6. Tosangwarn S. Self-esteem, resilience, and depressive symptoms among nursing students in a nursing college in Northeast Thailand. Journal of Health and Nursing Education 2021;27(1):58-74. (in Thai)
7. Srumsiri A. Factor associated with depression in student of Rajabhat Mahasarakham University. Mahasarakham Hospital Journal 2021;8(2): 148-58. (in Thai)
8. Thanyasawad T, Trakanjan N, Nualthaisong N. The relationships between perceptions of competence, attitudes, and satisfaction in nursing practice affecting the practice skills of second-year nursing students. Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation 2022;11(2):21-9. (in Thai)
9. Jantarapakdee R, Hengudomsub P, Vatanasin D. Psychosocial factors affecting learning behaviors among nursing students. Royal Thai Navy Medical Journal 2022;49(1):43-59. (in Thai)
10. Cochrane WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
11. Bureau of Mental Health Development, Department of Mental Health. Stress self-assessment form: mental health knowledge bank department of mental health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
12. Department of Mental Health. Mother and child health notebook (pink book). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)

13. Srisaeng, P. Self-esteem, stressful life events, social support and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand. Unpublished dissertation, Case West Reserve University, Cleveland, USA; 2003.
14. Sukmak V, Sirisoonthon A, Meena P. Validity of the general perceived self-efficacy scale. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2001;47(1):31-7. (in Thai)
15. Bloom BS. Handbook on formative. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prention Hall; 1971.
16. Wongprach B. Factors related to stress and coping stress of nursing students in the Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(2):201-10. (in Thai)
17. Pechkul P, Sriwichai P. Stress, depression and stress management methods of first year students of bachelor of nursing program Boromarajonani, College of Nursing, Phayao Province. Journal of Clinical Psychology 2020;51(1):1-14. (in Thai)
18. Shuaytong P, Vorasiha P, Karuhadej P, Cherwanitchakorn S. The relationship between perceived self-esteem, establishment of learners' self-esteem recognition, and learning efficiency among nursing students in Bangkok. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2023;6(1):46-56. (in Thai)
19. Montong A, Jamjang S, Kitnopkiat K. Factors related to self-esteem of nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University 2021;11(2):146-56. (in Thai)
20. Noppasod P, Titawattanakul A, Klinthong N. Selected factors related to resilience among university nursing students in Bangkok. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2018;26(2):1-10. (in Thai)
21. Klongdee K, Chaniang S. Factors predicting depression in nursing students at Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University. Journal of the Police Nurses 2021; 13(1): 148-57. (in Thai)

ผลของการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1

The Effects of Using Simulation-Based Learning on Perceptions of the Ability to Provide Ostomy Care. In Adult Nursing Practicum 1

ปิติณัช ราชภักดี*
Pitinut Ratchapakdee*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41000
Faculty of Nursing, Ratchathani Udonthani campus, Udonthani, Thailand 41000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 จำนวน 40 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยด้านความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความสอดคล้องของเครื่องมือตั้งแต่ 0.75- 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า 1) นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมหลังการเตรียมความพร้อมสูงกว่าก่อนเตรียมและเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลหลังเรียนสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) 2) นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจด้านกระบวนการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : สถานการณ์จำลองเสมือนจริง,ฝึกปฏิบัติการพยาบาล, เตรียมความพร้อม,นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research study aimed to examine the effects of using simulation-based learning for the preparation on perceptions of the ability to provide ostomy care in adult nursing practicum 1. The sample group was 40 third-year nursing students. The research instruments were an assessment of the perception of competence in nursing practice, knowledge, and practical skills, and a satisfaction assessment form. The instruments were analyzed for content validity and reliability the index of item-objective congruence was 0.75 - 1.00 the Cronbach's Alpha Coefficient was 0.85. Data was analyzed by using descriptive statistics, percentage, mean, and standard deviation, and paired t-tests. The results found that 1) The mean score of

Corresponding Author: *E-mail: pitinut@rtu.ac.th

วันที่รับ (received) 19 พ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 ม.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.พ. 2567

overall nursing practice perception of nursing students after preparation was higher than before preparation and when compared the mean scores perceived ability to practice nursing after studying was higher than before preparing with statistical significance at the .01 ($p < .001$) 2) Nursing students' satisfaction with SBL was at the high level when considering each aspect it was found that nursing students was at the highest level of satisfaction with the teaching and learning process.

Keywords: simulation-based learning, nursing practice, preparation nursing practice, nursing student.

บทนำ

การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปัจจุบันได้มีการประยุกต์การจัดการเรียนการด้วยรูปแบบการเรียนรู้และวิธีการสอนใหม่ๆ เพื่อมุ่งเน้นให้นักศึกษาได้เกิดการพัฒนาทั้งในด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทักษะปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ทั้ง 6 ด้าน[1] เพื่อให้บรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ คุณลักษณะพยาบาลที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับการพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 โดยมีการนำเทคโนโลยีการสอนจากหุ่นเสมือนจริง ใช้ในการจัดการเรียนการสอนพยาบาล ผ่านการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยที่ผู้สอนสามารถออกแบบการจัดการเรียนการสอนได้หลายรูปแบบทั้งการใช้หุ่นเสมือนจริงขั้นสูง การใช้สถานการณ์จำลอง การใช้หุ่นฝึกเฉพาะทักษะ หุ่นจำลองส่วนของอวัยวะมนุษย์ หรือการเรียนกับผู้ป่วยมาตรฐาน[2] และการเรียนรู้แบบผสมผสาน ซึ่งล้วนมีความจำเป็นในการเตรียมฝึกปฏิบัติการพยาบาลในห้องปฏิบัติการก่อนขึ้นไปฝึกบนหอผู้ป่วย การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning) เป็นการจัดการเรียนการสอนที่ผู้สอนจัดขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของรายวิชาที่กำหนด โดยจัดให้ให้ผู้เรียนได้แสดงบทบาทและฝึกทักษะปฏิบัติการตามสถานการณ์จำลองที่มีสถานการณ์คล้ายกับผู้ป่วยจริง[3] เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติ 4-8 อีกทั้งยังลดความเครียดและความวิตกกังวล[9] ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริง และเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่จะช่วยลดในเรื่องของความปลอดภัย ความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น 9 รวมไปถึง การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมี 4 ขั้นตอน คือ[10,11] ขั้นเตรียมการประกอบด้วย การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ การออกแบบสถานการณ์จำลอง การออกแบบวิธีการประเมินผล การเตรียมสถานการณ์จำลอง การเตรียมผู้สอน การเตรียมผู้เรียน ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์จำลองประกอบด้วย การให้คำแนะนำก่อนฝึกในสถานการณ์จำลอง การฝึกในสถานการณ์จำลองและการสรุปผลการเรียนรู้ และขั้นประเมินผล การประเมินผลการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองสามารถประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนที่ได้แสดงออกมา ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลจะช่วยตรวจสอบว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการหรือไม่[10,11] ซึ่งมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย

ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 เป็นการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพตามระบบ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยการจัดการเรียนการสอนในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง พัฒนาให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต และเกิดความยั่งยืนในการเกิดสมรรถนะทางการพยาบาล อีกทั้งยังสามารถกำกับ ติดตามความก้าวหน้าทางด้านวิชาการและการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง[12] ซึ่งการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นการจัดการเรียนที่เหมาะสมกับรายวิชาและการเตรียมความพร้อมในการขึ้นฝึกปฏิบัติทำให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่กำหนดให้[13,14] อีกทั้งยังช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจ ในการขึ้นฝึกปฏิบัติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Ostomy care) ซึ่งเป็นหนึ่งในทักษะที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้ในรายวิชานี้ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ[2-9, 11-20] พบว่า มีการศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริงในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจำนวนหลายงานซึ่งส่วนใหญ่ จะศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อ

ตัวแปรต่างๆ เช่น ความมั่นใจ[4-8,15] ความวิตกกังวล 9 ความรู้ [5, 8,14, 16] สมรรถนะ[11,15] ทักษะการปฏิบัติ [8,15-16] การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ [9,17] การตัดสินใจทางคลินิก[14] และความพึงพอใจ[6,8,16] ซึ่งไม่พบการศึกษาที่ประเมินความพึงพอใจรายด้านในแต่ละขั้นตอน ในการจัดการเรียนรู้แบบเสมือนจริง ผู้วิจัยจึงได้นำเอาวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานักศึกษาพยาบาล ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเกิดความมั่นใจ ลดภาวะความเครียดและความวิตกกังวล ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย และเชื่อว่าการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลโดยวิธีนี้จะสามารถพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เกิดความคงทนของความรู้และการปฏิบัติและมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

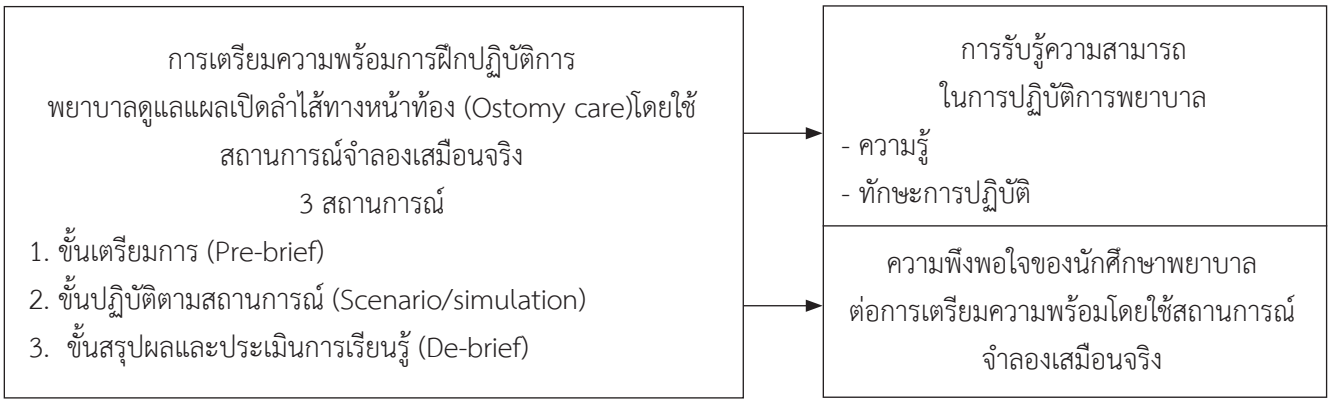
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ด้านความรู้และด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ด้านความรู้และด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล หลังการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่าก่อนการเตรียมความพร้อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาแนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง[10] มาใช้ โดยปรับขั้นตอนการเรียนรู้เหลือเพียง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ขั้นเตรียมการ (Pre-brief) อธิบายเกี่ยวกับวิธีการเรียนรู้ จุดมุ่งหมาย และผลลัพธ์การเรียนรู้ ของสถานการณ์จำลอง ได้เข้าใจ ในสถานการณ์ที่กำหนด บทบาทหน้าที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ และระยะเวลาในการดำเนินสถานกาณ์ 2. ขั้นปฏิบัติตามสถานการณ์ (Scenario/simulation) ผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวก ให้ผู้เรียนปฏิบัติตามสถานการณ์ ที่กำหนดตามที่เข้าใจและเป็นธรรมชาติ 3. ขั้นสรุปผลและประเมินการเรียนรู้ (De-brief) ผู้เรียนและผู้สอนสรุปร่วมกัน เมื่อปิดสถานการณ์จำลอง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลอง (One group Pretest-Posttest Designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ภาคการศึกษาที่ 1 จำนวน 40 คน ที่ลงทะเบียนฝึกปฏิบัติการพยาบาล รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกนักศึกษาที่ลงทะเบียนในกลุ่มแรก ระหว่างวันที่ 29 พฤษภาคม 2566-7 กรกฎาคม 2566 โดยมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่ยินยอมในการร่วมการวิจัย 2) ไม่อยู่ในระหว่างการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นก่อนการทดลอง

1. การเตรียมความพร้อม อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ปฐมนิเทศรายวิชาและชี้แจงราย ละเอียดในการเตรียมความพร้อม ตารางการเข้าฐานสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Ostomy care) จากนั้นประเมินการรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติ งานของนักศึกษา โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Ostomy care) 30 ข้อ ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ 15 ข้อ และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ ชี้แจงให้นักศึกษาทบทวนและฝึกทักษะการพยาบาลการทำแผล ostomy ที่ห้องปฏิบัติ การพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

2. ขั้นเตรียมสถานการณ์จำลอง อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 และอาจารย์นิเทศประชุม ปรึกษาเกี่ยวกับออกแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมโจทย์สถานการณ์ไว้ 3 สถานการณ์ จัดเตรียมหุ่นจำลอง อุปกรณ์ สถานที่และสิ่งแวดล้อม เมื่อได้สถานการณ์แล้วจัดทำ alpha test และปรับปรุงสถานการณ์ตามข้อคิดเห็นของที่ประชุม เมื่อได้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ปรับปรุงแล้วจากการทำ Alpha test นำมา ทำ Beta test ต่อโดยอาจารย์สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และอาจารย์สาขาการพยาบาลมารดาและทารก จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ทำ Beta test และในวันเตรียมความพร้อม แบ่งนักศึกษาออกเป็น 6-7 คน/กลุ่ม อาจารย์ประจำฐาน (อาจารย์นิเทศ) แจกสถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้นักศึกษาพยาบาล

ขั้นทดลอง เป็นขั้นตอนการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเข้าฐาน การดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Ostomy care) เตรียมความพร้อม มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นนำ (Pre-brief) เป็นขั้นตอนการเตรียมการ/แนะนำ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที 2) ขั้นปฏิบัติสถานการณ์จำลอง (Simulation หรือ Scenario) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ในขั้นตอนนี้นักศึกษาพยาบาลเข้าสถานการณ์ปฏิบัติการในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Ostomy care) ตามสถานการณ์เสมือนจริงที่ได้รับ ให้นักศึกษาแสดงบทบาทที่ได้รับมอบหมายในขั้น pre- brief โดยมีอาจารย์ให้ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลที่นักศึกษาต้องการเพิ่ม สังเกตการปฏิบัติการพยาบาลและบันทึกผล เมื่อครบกำหนดเวลา อาจารย์กล่าวปิดสถานการณ์ ให้นักศึกษานั่งพักสักครู่เพื่อคิดทบทวนในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ แล้วจึงเข้าสู่ขั้นสรุปและประเมินผลการเรียนรู้ 3) ขั้นสรุปและประเมินการเรียนรู้ (De-brief) ขั้นตอนนี้นักศึกษาจะบอกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง นักศึกษาจะอธิบายถึงการปฏิบัติการ การแก้ปัญหา ที่เกิดขึ้น อาจารย์สะท้อนคิดและถามถึงเหตุและผลของการปฏิบัตินั้น พร้อมให้คำแนะนำในการพัฒนา ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ขั้นสิ้นสุดการทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการสรุปและประเมินผล ผู้วิจัยแจกแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เมื่อเสร็จสิ้นผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลในแบบประเมินให้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้โจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 โจทย์สถานการณ์ การดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Ostomy care) ได้แก่ Colostomy, Ileostomy และ Colostomy + Ileostomy

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ย 2) ประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการ

พยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยด้านความรู้และด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากตำรา เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้า มีจำนวน 30 ข้อ คะแนนรวม 75 คะแนน แบ่งออกเป็น ด้านความรู้ 15 ข้อ 4 ตัวเลือก ข้อละ 1 คะแนน รวม 15 คะแนน ด้านการปฏิบัติ 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีการให้ ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (4) หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 (3) หมายถึงปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 70-79 (2) หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 70-79 และ (1) หมายถึงปฏิบัติได้น้อยกว่าร้อยละ 60 คะแนนรวมทักษะปฏิบัติ 60 คะแนน 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL ในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL ในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 แบ่งออกเป็น 5 ด้านได้แก่ ด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน ด้านอุปกรณ์ ด้านกระบวนการจัดการเรียนรู้ และด้านระยะเวลา จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีการให้ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจ ดังนี้ (5) พึงพอใจมากที่สุด (4) พึงพอใจมาก (3) พึงพอใจปานกลาง (2) มีพึงพอใจน้อย (1) พึงพอใจน้อยที่สุด และการแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับมาก 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดที่ใช้ในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนแบบ SBL จำนวน 1 ท่านและได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าความสอดคล้องของความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.75- 1.00 นำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี IRB RTU UDC เลขที่ 02-6-2566 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2566 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อการประเมินผลของรายวิชา และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 2) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้และการปฏิบัติทักษะการพยาบาล การดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้องของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์โดยหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้การทดสอบที (Pair t-test) 3) ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Ostomy care) ของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95 ส่วนใหญ่ มีอายุ 21 ปี ร้อยละ 80 เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.86

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ก่อนและหลังการเตรียมความพร้อม (n = 40)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านความรู้ ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Ostomy care) ของนักศึกษาพยาบาล (n = 40) ดังแสดงในตารางที่ 1

การรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	ก่อนเตรียมความพร้อม		หลังเตรียมความพร้อม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านความรู้	8.36	2.31	11.23	2.02	13.46**	.000
ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล	32.06	4.06	50.50	2.18	23.68**	.000
ด้านการรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	40.43	5.14	61.73	2.81	26.73**	.000

**p <.001

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลหลังการเตรียมความพร้อมภาพรวมมีคะแนนสูงกว่าก่อนการเตรียมความพร้อม ($\bar{X}$ = 61.73, SD= 1.81, $\bar{X}$ = 40.43, SD = 5.14) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้หลังเตรียมความพร้อมสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อม ($\bar{X}$ = 11.23, SD = 2.02, $\bar{X}$ = 8.36, SD = 2.31) ส่วนในด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะปฏิบัติหลังเตรียมความพร้อมสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อม ($\bar{X}$ = 50.50, SD = 2.18, $\bar{X}$ = 32.06, SD = 4.06) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลหลังเรียนสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p <.001)

3. ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้องของนักศึกษาพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้องของนักศึกษาพยาบาล (n = 40)

ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้ (SBL)	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านผู้สอน			
1.1 ขั้นตอน Pre briefing	4.34	0.56	มาก
1.2 ขั้นตอน Simulation	3.93	0.78	มาก
1.3 ขั้นตอน Debriefing	4.50	0.57	มากที่สุด
รวม	**4.25**	**0.63**	**มาก**
2. ด้านผู้เรียน			
2.1 เตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติจริง	4.00	0.52	มาก
2.2 เกิดแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเรียนรู้	4.38	0.71	มาก
2.3 การแสวงหาความรู้	4.13	0.77	มาก
2.4 นำความรู้สู่การปฏิบัติ	4.54	0.62	มากที่สุด
รวม	**4.26**	**0.65**	**มาก**

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้องของนักศึกษาพยาบาล (n = 40) (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้ (SBL)	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
3. ด้านอุปกรณ์			
3.1 การจัดเตรียมอุปกรณ์	4.00	0.69	มาก
3.2 ผู้ป่วยจำลอง	4.30	0.61	มาก
3.3 การจัดสิ่งแวดล้อมที่มีความเสมือนจริง	4.00	0.52	มาก
3.4 สถานการณ์จำลองเหมาะสม	4.20	0.50	มาก
รวม	**4.12**	**0.58**	**มาก**
4. ด้านกระบวนการจัดการเรียนรู้			
4.1 ขั้นตอน Pre briefing	4.40	0.85	มาก
4.2 ขั้นตอน Simulation	4.21	0.40	มาก
4.3 ขั้นตอน Debriefing	4.43	0.56	มาก
รวม	**4.34**	**0.60**	**มาก**
5. ด้านระยะเวลา			
5.1 ขั้นตอน Pre briefing	4.03	0.99	มาก
5.2 ขั้นตอน Simulation	3.90	0.49	มาก
5.3 ขั้นตอน Debriefing	4.26	0.69	มาก
5.4 ระยะเวลาการเตรียมความพร้อมมีความเหมาะสม	4.03	0.71	มาก
รวม	**4.05**	**0.72**	**มาก**
รวมทุกด้าน	**4.19**	**0.64**	**มาก**

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มีความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน โดยการจัดลำดับ พบว่า ด้านกระบวนการจัดการเรียนรู้ นักศึกษามีความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาเป็น ด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน ด้านอุปกรณ์และด้านระยะเวลา ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้องของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติหลังการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อม และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติหลังการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) ทั้งในด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลสะท้อนคิดว่า การเข้าสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ครั้งนี้เป็นครั้งแรกไม่เคยได้เห็นลักษณะของแผลแบบนี้และไม่เคยฝึกในวิชาไหนมาก่อน จึงเป็นผลให้คะแนนของทักษะปฏิบัติก่อนการตรียมความพร้อมน้อยกว่าหลังการเตรียมความพร้อม และการเรียนในลักษณะนี้ทำให้ตนเองได้ฝึกคิดแก้ปัญหา มีความมั่นใจที่จะไปขึ้นฝึกปฏิบัติ เพราะนอกเหนือจากที่ได้ปฏิบัติแล้วนักศึกษายังได้รับคำแนะนำและการประเมินป้อนกลับจากอาจารย์หลังการเข้าสถานการณ์ในช่วงของการ De-brief ทันที ซึ่งการให้ข้อมูลป้อนกลับผ่านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับการตัดสินใจในการให้การพยาบาล การปฏิบัติ และการสื่อสารผ่านการเรียนรู้แบบนี้จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจและความความสารถในการปฏิบัติมากขึ้น[11,14] สอดคล้องกับผลพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง[2, 4] และผล

การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง[8,9,15] ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล พบว่าการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเป็นการสอนที่ช่วยเสริมความสามารถ ในการประยุกต์ใช้ความรู้ทางทฤษฎีของผู้เรียนได้ ผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาลหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียน

ส่วนการรับรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติในด้านความรู้นั้น นักศึกษาได้สะท้อนว่าได้เรียนเฉพาะในทฤษฎี แต่มองไม่เห็นภาพของการที่ต้องไปเจอสถานการณ์จริง ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลนั้นต้องทำอย่างไร จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยในส่วนของความรู้ก่อนการเตรียมความพร้อมต่ำกว่าหลังเตรียมความพร้อม ความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อนักศึกษาได้เข้าสถานการณ์จำลองเสมือนจริง สอดคล้องกับผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ [5,7,8] ซึ่งเป็นความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าฝึกในสถานการณ์ จะทำให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้นและคงทนมากกว่าการบรรยาย ซึ่งในสถานการณ์ในครั้งนี้ แผลที่ใช้มีการจำลองอุจจาระและปัสสาวะที่ไหลออกมาขณะเปิดถุงครอบ Ostomy ทำให้นักศึกษาได้เห็นภาพมากยิ่งขึ้นเมื่อเทียบกับในชั่วโมงทฤษฎี ซึ่งการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้นักศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล มีความมั่นใจในการปฏิบัติ[4,5,7] เหมาะสำหรับการนำมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ในช่วงการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล และเป็นการวิธีการสอนที่ส่งเสริม ให้ผู้เรียนได้ฝึกคิดแก้ไขปัญหาและลงมือปฏิบัติ ในสถานการณ์ที่ผู้สอนกำหนด โดยอาศัยกระบวน การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลช่วยพัฒนาการแก้ปัญหา และ การตัดสินใจ และการรับรู้ ความสามารถของตนเอง และสามารถปลูกฝังทักษะการแก้ปัญหาให้กับนักศึกษาได้[19] เนื่องจากการ จัดสภาพ แวดล้อม ที่เหมือนจริง การสร้างและออกแบบโจทย์ สถานการณ์จำลอได้ดี จะทำให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ ได้ดีแสดงออกในการให้การพยาบาลได้ตรงกับจุดมุ่งหมาย2,6,14,20 ที่ได้ตั้งไว้

2. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลแผลเปิดลำไส้ทางหน้าท้องของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก นักศึกษาส่วนใหญ่สะท้อนว่าเป็นครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมความพร้อมการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ตื่นเต้นตลอดเวลา สนุกทำให้เกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติจริง และต้องตัดสินใจทำเองในทุกๆ ขั้น และต้องทำให้เสร็จตามเวลาที่กำหนด อยากให้มีการจัดการเรียนการสอนแบบนี้ในทุกรายวิชา สอดคล้องกับการศึกษาโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในหลายการศึกษา[2-9, 11-20] ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลเช่นกัน พบว่าภายหลังการจัดการเรียนการสอนนักศึกษามีความพึงพอใจในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจด้านกระบวนการจัดการเรียนการสอนสูงที่สุด รองลงมาเป็น ด้านผู้เรียน ด้านผู้สอน ด้านระยะเวลาและด้านอุปกรณ์ ตามลำดับ ซึ่งอภิปรายผลดังนี้ 1) นักศึกษามีความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากในทุกขั้นตอน เนื่องจากนักศึกษาไม่เคยเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมาก่อน รองลงมาเป็น 2) ด้านผู้เรียนเอง นักศึกษาสะท้อนว่าเมื่ออาจารย์แจกสถานการณ์ให้ไปศึกษาก่อนนักศึกษายังมีความสับสน และสงสัยเนื่องจากไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมแบบนี้ อีกทั้งได้ไปหาความรู้เพิ่มเติมว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร และเมื่อมาเข้าสู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติภายใต้การตัดสินใจของตัวเอง ในช่วงที่ De brief นักศึกษาสะท้อนตนเองว่าสามารถนำไปปฏิบัติต่อบนหอผู้ป่วยในวิชานี้และวิชาอื่นๆได้ 3) ด้านผู้สอน จะเห็นว่านักศึกษามีความพึงพอใจต่อผู้สอนในขั้นตอน De brief อยู่ในระดับมากที่สุดเนื่องจาก นักศึกษาได้สะท้อนคิดในสิ่งที่ตัวเองได้ปฏิบัติ เหตุและผลที่ตนเองตัดสินใจในการแก้ปัญหา เมื่ออาจารย์สะท้อนกลับนักศึกษาได้รับทราบข้อดี และข้อผิดพลาดของตัวเอง และเป็นระยะสิ้นสุดสถานการณ์หายตื่นเต้นตกใจ ส่วนของผู้สอนในด้าน simulation/scenario น้อยที่สุด เนื่องจากขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนของการเข้าสู่สถานการณ์ลงมือปฏิบัติ และนักศึกษาต้องตัดสินใจแก้ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลเอง นักศึกษาสะท้อนว่า อาจารย์ช่วยได้มาก แต่กดดันด้วยการกระตุ้นของอาจารย์และผู้ช่วย รวมถึงโจทย์สถานการณ์ Colostomy และ Ileostomy ที่มีอุจจาระและน้ำปัสสาวะไหลออกมาและยังต้องทำให้เสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้สถานการณ์จำลองในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช[8] ที่นักศึกษามีความพึงพอใจ ผู้สอนทุกขั้นอยู่ในระดับมาก แตกต่างกันที่ในงานวิจัยนี้ นักศึกษาพึงพอใจในขั้นตอน De brief มากที่สุด 4) ด้านอุปกรณ์ นักศึกษามีความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองมากที่สุด หุ่นมีทั้ง Colostomy และ Ileostomy เนื่องจากไม่เคยได้ทำแผลในลักษณะนี้มาก่อน และสถานการณ์จำลองนี้เหมือนตัวเองอยู่บนหอผู้ป่วยจริง

สะท้อนให้เห็นว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ [3, 8, 14] 5) ด้านระยะเวลา นักศึกษาพึงพอใจในขั้นตอน simulation/scenario น้อยที่สุด นักศึกษาอยากให้เพิ่มระยะเวลาในขั้นตอนนี้ เนื่องจากมีความตื่นเต้นทำให้นักศึกษาลืมบทบาทของตัวเองและรายละเอียดสถานการณ์ บางครั้งสถานการณ์ทำให้กดดัน และเมื่ออาจารย์กระตุ้นให้สถานการณ์ดำเนินไป นักศึกษามีความลน ทำไม่ถูกตามขั้นตอน และในบางคน เมื่อกล่าวปิดสถานการณ์นักศึกษายังทำต่อและขอเวลาเพิ่ม เป็นการสะท้อนของนักศึกษาที่ทำให้ผู้วิจัยต้องกลับไปมองโจทย์สถานการณ์ บทบาทของผู้ช่วยและการขับเคลื่อนสถานการณ์แต่ละ stage เพื่อการพัฒนาโจทย์สถานการณ์ให้เหมาะกับนักศึกษาพยาบาลต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละสาขา

2. สถาบันควรส่งเสริมและให้การสนับสนุนในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในด้านงบประมาณ วัสดุและอุปกรณ์ และการอบรม รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในแต่ละสาขาวิชาให้เป็นแบบแผนเดียวกัน แล้วแต่บริบท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาต่างๆ โดยให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์และทักษะปฏิบัติที่รายวิชาต้องการ

2. ศึกษาเปรียบเทียบตัวแปรทักษะการคิดต่างๆ ได้แก่ การคิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดแก้ปัญหา คิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เช่น ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม ภายหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณีจำลองเสมือนจริง

References

1. Office of the Council of State. Announcement of the Ministry of Education Study Subject: Bachelor's degree qualification standards Nursing Science. 2017. (in Thai).
2. Panawatthanapisuit S, Lertlum L, Tanasansutee C. Development of Simulation Scenario Model for Simulation Based Learning. Health Science. 2019; 28(special): 33-41. (in Thai)
3. 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)
4. Wisawatapnimit P, Suttineam U, Kiatseesakul J. Effect of simulation-based learning model for nursing practicum preparedness for patients with congestive heart failure on students' satisfaction and self-confidence in learning of the third-year nursing students, Boromarajonani College of Nursing Bangkok. Journal of Health and Nursing Research 2019; 35(2) 224-34. (in Thai).
5. Chubkhuntod P, Elter P, 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): 1063-72. (in Thai).
6. Aldhafeeri F, Alosaimi D. Perception of satisfaction and self-confidence with high fidelity simulation among nursing students in government universities. Journal of Education and Practice. 2020; 11(11), 137-49.
7. Maraphen R, Boonkoum W, Kheovichai K. Effect of a learning instructional by using standardized patients as simulation in home visits. Thai Red Cross Nursing Journal. 14(1): 125-39. (in Thai).
8. Pumpu P, Puriwitthayatira K. Effects of teaching using virtual simulations on preparing nursing students before practicing in mental health and psychiatric nursing practice nursing. Health and Education Journal. 2022; 5(3): 37–46. (in Thai).

9. Jamjang S, Yomdit V, Pongphetdit B, Pitaksin D, Changsieng P, Montong A. Effects of Using Simulation-Based Learning for Preparation of Nursing Practicum on Perceptions of Self efficacy in Performing Nursing Care in a Hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2017; 27(special): 46-58. (in Thai).
10. Joyce R, Weil M, Showers B. The effects of cooperative learning experience on eighth grade students's achievement and attitude toward science. Education. 2010; 131(1): 169-80.
11. Chatrun C, Phorang R. & Peawnalaw S. The results of teaching and learning management using a simulation-based learning boromarajonani college of nursing, suphanburi. Community health development quarterly KhonKaen University. 2021; 9(2): 207-18. (in thai).
12. Faculty of Nursing, Ratchathani University Udon Thani Campus Bachelor of Nursing Program updated in 2018. (in Thai).
13. Thammakijpirote K, Maneewong J, Sanongyard J. Simulation-Based Learning on Critical thinking of Nursing Students in Thailand: A Systematic Review. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi. 2023; 6(1): 5-28. (in Thai).
14. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Kourkouta L, et al. Simulation in clinical nursing education. Journal of Academy of Medical Sciences. 2021; 29(1): 15-20.
15. Kapucu S. The effects of using simulation in nursing education: a thorax trauma case scenario. International Journal of Caring Sciences. 2017; 10(2): 1069-74.
16. Gul P, Halime A, Ayse A, The effect of scenario-based simulation training technology on knowledge and skills of maternity nursing students in Turkey. International Journal of Development Research. 2016; 6(6): 8096-100.
17. Jamroenwong N, Thanapakawatkul C, Piyarak S, Chaiwong C, Leuchai T. Effects of Using Simulation-based Learning for Perceived Self-efficacy and Outcome Expectations in Performing Hospital Nursing Care among Third year Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai. Royal Thai Navy Medical Journal 2022; 41(1): 135-49. (in thai).
18. Lertlum L, Tanasansutee C, Panawatthanapisuit S, Bumrungsri C. Development of a simulation-based learning model. The Southern College Network. Journal of Nursing and Public Health. 2019; 6(Special): 43-58. (in Thai).
19. Maneejak N, Yasri, P. Nursing Students' Perception toward High Fidelity Simulation. PSAKU International Journal of Interdisciplinary Research. 2019; 7(2): 104–11. (in Thai).
20. Chudjuajeen S, Wutisukpaisan S. Khumsuk W. Simulation Based-Learning: Application of nursing teaching. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi. 2022; 5(1): 17-31. (in Thai).

ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

The Effects of an Applied Behavioral Activation Therapy Program on the Depressive Symptoms of Older Adults with Depressive Disorder

ปาริฉัตร กิตติมาสกุล[1] รังสิมันตุ์ สุนทรไชยา*[2] สารรัตน์ วุฒิอาภา[2]
Parichat Kittimasakun[1] Rangsiman Soonthornchaiya*[2] Sararud Vuthiarpa[2]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10120
[1]Faculty of nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand 10120
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121
[2]Faculty of nursing, Thammasat University, Phathumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 68 ราย โดยสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาล 10 แห่ง ได้โรงพยาบาลกลุ่มทดลอง 2 แห่ง และโรงพยาบาลกลุ่มควบคุม 2 แห่ง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มๆ ละ 34 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ที่ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และ 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.30$, $p<.001$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.94$, $p<.001$) ข้อสรุป โปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ ควรมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนในผลของโปรแกรมต่ออาการซึมเศร้า และพิจารณาเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ

คำสำคัญ: โปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม, อาการซึมเศร้า, ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

Abstract

The purpose of this pre-post tested quasi-experimental research was to determine the effects of an applied behavioral activation therapy [BAT] program on the depressive symptoms. The participants consisted of 68 persons aged 60 years old and older. Then each pair was randomly assigned into the control and experimental group, with 34 persons in each group. The research instruments were the following:

Corresponding Author: * E-mail: rangsiman@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 30 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 ก.พ. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.พ. 2567

1) the applied behavioral activation therapy program, which was content validated by 3 professional experts, and 2) the depressive symptoms inventory for Thai elderly with depressive disorders, which the reliability using Chronbach's alpha coefficient was .85. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The research results were the following: 1) The after participating in BAT program were significantly lower than their mean scores of depressive symptoms on pretest before participating in BAT program (t = 11.30, p<.001). 2) The mean depressive scores of the experimental group significantly lower than the control group that received standard of care (t= -5.94, p<.001). In conclusion, the BAT program was effectively reduced the depressive symptoms of older adults with depressive disorder. This study suggested that the BAT program should be provided for a long-term follow-up to examine the retention of the program on depressive symptoms. The researcher also considered additional activities of family caregivers to increase the efficiency of the program.

Keywords: an applied behavioral activation therapy [BAT] program, depressive symptoms, older adults with depressive disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นหนึ่งในโรคจิตเวชที่พบได้ในผู้สูงอายุที่มีความชุกได้สูงสุด ร้อยละ 5[1] และมีแนวโน้มพบเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกถึง ร้อยละ 80 เป็นสมาชิกของประเทศมีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (low and middle income countries [LMICs])[2] โดยไทยเป็นหนึ่งในประเทศของกลุ่มดังกล่าว พบว่าปัญหาทางสุขภาพจิตที่มากที่สุดในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ คืออาการซึมเศร้า[3] ซึ่งอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักมีอาการแสดงทางกายอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้อาการนำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น[4] ส่วนความผิดปกติด้านอารมณ์และความคิดในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงผลักดัน หมดความสนใจในสิ่งที่เคยชื่นชอบมากกว่าจะมีอาการแสดงทางอารมณ์เศร้า แต่จะมีอาการแสดงด้านพฤติกรรมที่ไร้ชีวิตชีวา นิ่งเฉยเกือบตลอดทั้งวัน ดำเนินชีวิตอย่างไร้เป้าหมาย หลีกเลี่ยงสังคม เลือกวิธีการหนีปัญหา และมีแนวโน้มทำร้ายตนสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป[5] ส่งผลกระทบให้ขาดการเสริมแรงอย่างเหมาะสม ทั้งในลักษณะของการได้รับแรงเสริมทางบวกที่น้อยเกินไปหรือไม่ได้รับแรงเสริมทางบวกในทันทีที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นอาการของโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและระหว่างประเทศระหว่างปี ค.ศ. 2014-2019 พบว่า การบำบัดที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจากอาการซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การบำบัดทางพฤติกรรมด้วยการกระตุ้นทำกิจกรรม (behavioral activation therapy) ดังผลการศึกษาผลของโปรแกรมการเอาชนะความเศร้าหมอง (beat the blues intervention) ต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุชาวอเมริกัน ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ที่พักในบ้านพักคนชรา ที่รัฐเพนซิลเวเนีย จำนวน 208 คน พบว่า อาการซึมเศร้าของลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] สอดคล้องกันกับการศึกษาผลของความถี่และชนิดของกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 20 คน ที่สถานพักฟื้น เมืองฟิลาเดลเฟีย พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนความถี่ของการทำกิจกรรมโดยเฉพาะกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ[7] ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบมุ่งมั่น (engage therapy) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ มีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าจะพบว่า ระดับอาการซึมเศร้าของผู้ร่วมโปรแกรมจะไม่ลดลงทันที เมื่อติดตามอาการซึมเศร้าต่อหลังสิ้นสุดกิจกรรมตามโปรแกรม 26 สัปดาห์ พบว่ามีระดับอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม[8] อีกทั้งการศึกษาประสิทธิผลการกระตุ้นให้มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข

ปฐมภูมิ ที่เนอร์เธอแลนด์ พบว่า ระดับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมทันที และเมื่อติดตามผลต่ออีก 3 เดือนอาการซึมเศร้ายังคงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อติดตามผลต่ออีก 6 และ 12 เดือน แม้จะพบว่าระดับอาการซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบอาการกำเริบซ้ำ[9] ต่อมาโซโลโมนอฟ และคณะ[10] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกระตุ้นให้มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า 48 คน ในแผนกจิตเวชสูงอายุ ศูนย์การแพทย์วิลล์ คอร์เนลล์ รัฐนิวยอร์ก พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงทันทีหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และเมื่อติดตามอาการซึมเศร้าต่ออีก 6 เดือน พบว่ายังต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาแม้พบว่า การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมดังกล่าว จะมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่พบการศึกษาใดๆ ในประเทศไทยได้นำรูปแบบของการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม เพื่อบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย ทั้งที่ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และคาดการณ์ว่าไทยที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดภายในปี พ.ศ. 2570[11] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดการเกิดอาการซึมเศร้าของเลวินซอล์นมาเป็นฐาน[12] ที่ผ่าน 3 ขั้นตอนการเรียนรู้ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การเรียนรู้การเสริมแรงที่เหมาะสม (reinforcement) ขั้นตอนที่ 2 การเข้าถึงการรับรางวัลอย่างเหมาะสม (contingent reward) และขั้นตอนที่ 3 การเพิ่มแรงเสริมทางบวกอย่างต่อเนื่อง (response-contingent positive reinforcement) ผ่านการลงมือกระทำกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมหรือไม่

2. อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ต่ำกว่าอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

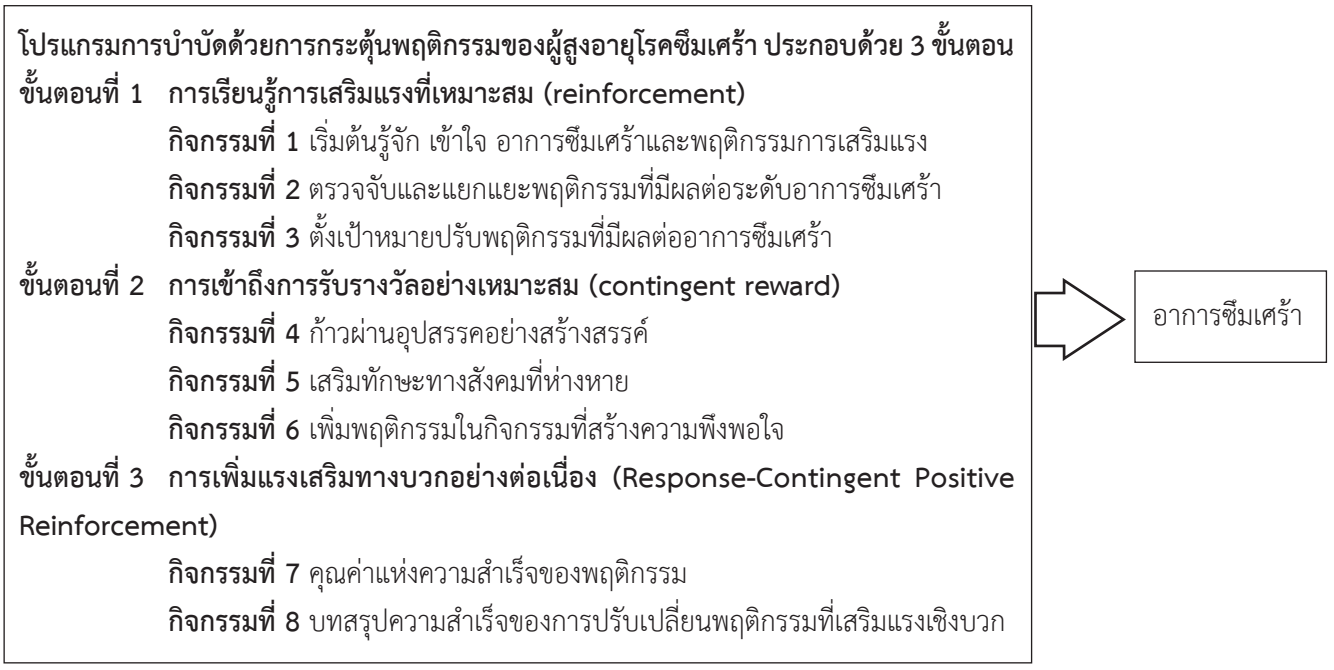
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นกิจกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเกิดอาการซึมเศร้าของเลวินซอล์น[12] มาประยุกต์ใช้ในการจัดการประสบการณ์ของบุคคล เพื่อตัดวงจรซึมเศร้า (vicious cycle of depression) ที่เชื่อว่า อาการซึมเศร้ามี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การขาดเสริมแรงที่เหมาะสม (lack of reinforcement) 2) การไม่ได้รับรางวัลอย่างเหมาะสม (non-contingent reward) หรือการปิดกั้นการเสริมแรงทางบวก (reduced positive reinforcement) และ 3) การพร่องแรงเสริมทางบวกอย่างต่อเนื่อง (low rate of Response-Contingent Positive Reinforcement [RCPR]) ร่วมกับมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสังคม (social avoidance behavior) และพฤติกรรมบกพร่องการทำกิจกรรม (inactivity) ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า[12] ดังนั้น หากบุคคลได้รับการเสริมแรงเชิงบวกอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เพิ่มโอกาสให้ได้รับการเสริมแรงทางบวกอย่างต่อเนื่อง 3 ขั้นตอน ที่มีวัตถุประสงค์แต่ละขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เพื่อสร้างความเข้าใจอาการซึมเศร้าและพฤติกรรม

ที่มีผลต่อการเสริมแรงของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 เพื่อการยับยั้งพฤติกรรมที่ลดการเสริมแรงทางบวก และขั้นตอนที่ 3 เพื่อการกระตุ้นพฤติกรรมที่มีการเสริมแรงทางบวก มีการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละประมาณ 60 - 90 นาที ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิด 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคตั้งแต่ F32.0 ถึง F33.9 ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการบริการรักษาในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 10 แห่ง ซึ่งให้บริการตรวจรักษาและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความคล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคตั้งแต่ F32.0 ถึง F33.9 ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการบริการรักษาในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling random) จำนวน 68 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 34 ที่มีคุณสมบัติที่ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ประกอบ 1) มีคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ตั้งแต่ 7 ถึง 18 คะแนน 2) สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ วันเวลา และสถานที่ได้ถูกต้อง และ 4) ได้รับยาต้านเศร้าในขนาดคงที่ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ จากคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 4 แห่ง ที่ได้รับการสุ่มอย่างง่ายให้เป็นโรงพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกายหรือทางจิตจนไม่สามารถร่วมกิจกรรม น้อยกว่า 6 ครั้ง 2) ย้ายการรับบริการไปโรงพยาบาลอื่น และ 3) เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ[13] ที่กำหนดเป็นขนาดอิทธิพลเท่ากับ .8 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบจากค่ามาตราฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับ ร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทางคลินิกอีก ร้อยละ 10[14] จากเดิม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 63 ราย เป็น 68 ราย

โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดไม่เป็นอิสระ

ต่อกัน (dependent t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม และวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2548) เป็นเครื่องมือจำแนกความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่มีคำถามจำนวน 9 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 0 ถึง 27 คะแนน แบ่งเป็นระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า คือ ระดับน้อยมาก ระดับน้อย ระดับปานกลาง และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดอาการซึมเศร้าของฮามินตัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.72 ($p<.001$) โดยมีค่าความไวที่ ร้อยละ 85 ความจำเพาะที่ ร้อยละ 72

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อมูล ด้านเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ยารักษาโรคประจำตัว ระยะเวลารักษาโรคซึมเศร้า

2.2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยพัฒนาขึ้นโดยรังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ (2561) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าหรือติดตามผลการรักษา ในกลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของไทย มีลักษณะให้เลือกตอบจำนวน 16 ข้อ

3. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยนำความรู้จากแนวคิดพื้นฐานการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (maladaptive behavior) และการกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (desired behavior) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดของการเกิดอาการซึมเศร้าของเลวินซอล์น[12] โดยนำความรู้การบำบัดด้วยการกระตุ้นให้มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจของโซลามานี โมฮัมหมัดคานิ และโดลัทชาฮี[15] และประยุกต์ใช้เทคนิคการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมของมาร์เทลล์ และคณะ[16] ผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบของอาการซึมเศร้า 3 ขั้นตอน โดยมีการดำเนินกลุ่มกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละประมาณ 60 - 90 นาที ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ซึ่งในการดำเนินการครั้งนี้ มีจำนวนสมาชิก 8-9 ราย โดยกลุ่มควบคุม 34 ราย จะได้รับการดูแลตามปกติตามระบบการดูแลของคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้กลุ่มทดลองจะการดำเนินการบำบัดผ่านกลุ่มกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน ซึ่งมีลำดับและสาระสำคัญของกิจกรรมกลุ่มบำบัด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเรียนรู้การเสริมแรงที่เหมาะสม (reinforcement) ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมที่มีผลต่อการเสริมแรงของตนเอง ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “การเริ่มต้นรู้จัก เข้าใจอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสริมแรง” ที่ส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า สาเหตุของอาการซึมเศร้าผ่านการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “ตรวจจับและแยกแยะพฤติกรรมที่มีผลต่อระดับอาการซึมเศร้า” ที่ใช้เทคนิคการบันทึกตารางกิจกรรม และสัปดาห์ที่ 3 ผ่านกิจกรรม “ตั้งเป้าหมายปรับพฤติกรรมที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า” ที่ใช้เทคนิคการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การเข้าถึงการรับรางวัลอย่างเหมาะสม (contingent reward) ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อการยับยั้งพฤติกรรมที่ลดการเสริมแรงทางบวก ในสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “ก้าวผ่านอุปสรรคอย่างสร้างสรรค์” ที่ใช้เทคนิคการแก้ไขพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ในสัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “เสริมทักษะทางสังคมที่ห่างหาย” ที่ฝึกใช้ทักษะทางสังคมในสถานการณ์จำลอง และในสัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “เพิ่มพฤติกรรมในกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจ” ที่ใช้เทคนิคการเพิ่มกิจกรรมโดยรวม

ขั้นตอนที่ 3 การเพิ่มแรงเสริมทางบวกอย่างต่อเนื่อง (Response-Contingent Positive Reinforcement) มีวัตถุประสงค์ เพื่อการกระตุ้นพฤติกรรมที่มีการเสริมแรงทางบวก ในสัปดาห์ที่ 7 กิจกรรม “คุณค่าแห่งความสำเร็จของพฤติกรรม”ที่ใช้เทคนิคการให้รางวัล และในสัปดาห์ที่ 8

กิจกรรม “บทสรุปความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสริมแรงเชิงบวก” ที่ใช้เทคนิคการเพิ่มการตอบสนองต่อการเสริมแรงทางบวกอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ ดังนั้น จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง และนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยนี้ที่มีค่าเท่ากับ .85 ส่วนโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษา ลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญด้านกลุ่มบำบัด 1 ท่าน และจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ใช้สถิติเชิงบรรยาย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติวิเคราะห์ สถิติทดสอบที เพื่อทดสอบสมมติฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติ จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ซึ่งได้รับการพิจารณารับรอง โครงการวิจัยที่ 111/2563 ในรหัสโครงการ COA No. 120/2563 ที่ได้รับการอนุมัติในวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2563 และผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ประจำโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลทั้ง 4 แห่ง ผู้วิจัยพร้อมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครพร้อม ทั้งนี้ได้ชี้แจงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ และจะไม่สูญเสียสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยผ่านการวิเคราะห์และอภิปรายข้อมูลทั่วไป และทดสอบสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวควบคุม ด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi –square test) และสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher’s exact test) ในเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว โรคประจำตัวทางกาย การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ช่วงระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้า พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงสามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการลดอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งมีรายละเอียดรายด้านดังนี้ พบว่าด้านเพศ กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.5 เพศหญิง ร้อยละ 73.5 ในกลุ่มควบคุมมีเพศชาย ร้อยละ 20.6 เพศหญิง ร้อยละ 79.4 ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุสูงสุดที่ 77 ปี และอายุต่ำสุดที่ 60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 68.5 ปี และกลุ่มควบคุม 68.6 ปี ด้านศาสนา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.1 นอกนั้นนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 5.9 ส่วนกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ด้านระดับการศึกษา กลุ่มทดลองมีระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.5 นอกจากนั้นอยู่ในระดับมัธยมศึกษากับปริญญาตรี ร้อยละ 8.8 และร้อยละ 14.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาที่ประถมศึกษากับมัธยมศึกษา ร้อยละ 76.5 และร้อยละ 23.5 ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานะสมรสคู่ โดยในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 58.8 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 52.9 ตามลำดับ ด้านความเพียงพอของรายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เพียงพอ โดยในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 70.6 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 67.6 ส่วนใหญ่พบว่ามีโรคประจำตัวทางกาย โดยในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 82.4 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 97.1 ด้านการวินิจฉัยโรคทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

F32.1 moderate depressive episode ที่ร้อยละ 38.2 และ F32.2 severe depressive episode without psychotic symptoms ที่ร้อยละ 41.2 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม นอกนั้นเป็นการวินิจฉัยว่า F32.0 mild depressive episode และ F32.9 depressive episode, unspecified ตามลำดับ ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุดท้ายคือ ระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้าช่วงเวลา 1-9 ปี เท่ากันที่ ร้อยละ 58.8 รองลงมา คือ มากกว่า 20 ปี ในกลุ่มทดลองที่ร้อยละ 17.6 ส่วนในกลุ่มควบคุม ที่ร้อยละ 5.9

2. การทดสอบสมมติฐานที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง (M = 23.29, SD = 5.18) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 38.94, SD = 11.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 11.30, p<.001) ตามรายละเอียดของตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง (n = 34)

กลุ่มทดลอง (n = 34)	M	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	38.94	11.66	33	11.30	.00
หลังการทดลอง	23.29	5.18			

3. การทดสอบสมมติฐานที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (M = 38.94, SD = 11.66) และกลุ่มควบคุม (M = 34.56, SD = 9.28) ไม่แตกต่างกัน (t = 1.71, p = .09) ส่วนหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง (M = 23.29, SD = 5.18) ต่ำกว่าของค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม (M = 34.56, SD = 9.74) โดยที่ค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง (M = 34.55, SD = 9.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.94, p<.001) ตามรายละเอียดของตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มควบคุม (n = 34)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนการทดลอง	38.94	11.66	34.55	9.28	66	1.71	.09
หลังการทดลอง	23.29	5.18	34.55	9.74	66	-5.94	.00

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยผู้วิจัยขออภิปรายผลการทดลองตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 2 ข้อ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และ สมมติฐานที่ 2 ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาผลตามลำดับของสมมติฐานการวิจัยตามรายละเอียดดังนี้

1. จากสมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม จากผลของการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดการเกิดอาการซึมเศร้าของเลวินซอล์น[12] ที่กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นผลมาจากการขาดการเสริมแรงที่เหมาะสม (lack of reinforcement) ทั้งแบบที่ได้รับน้อยเกินไป หรือไม่ได้รับแรงเสริมทางบวกตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม (non-

contingent reward) โดยแสดงความผิดปกติของอาการซึมเศร้าในหลากหลายด้าน ยิ่งส่งผลให้ปิดกั้นโอกาสในการได้รับการเสริมแรงทางบวกที่เหมาะสม (reduced positive reinforcement) ทำให้บุคคลที่มีอาการซึมเศร้าเรียนรู้ว่า ไม่ว่าอย่างไรตนเองก็ไม่ได้รางวัลหรือการตอบสนองทางบวก ในที่สุดจะเกิดการพร่องแรงเสริมทางบวกอย่างต่อเนื่อง (low rate of Response-Contingent Positive Reinforcement [RCPR]) ร่วมกับบุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสังคม (social avoidance behavior) และพร่องการทำกิจกรรม (inactivity) จะยิ่งส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า เริ่มมีหลักฐานเกี่ยวกับการกระตุ้นพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ใน ปี 2014 ในการศึกษาผลของโปรแกรมการเอาชนะความเศร้าหมอง ของซานตันและคณะ[6] พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำนวน 208 ราย ลดลงหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลของการบำบัดแบบมุ่งมั่น (engage therapy) ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของอเล็กซ์โอโปลัส และคณะ[8] ที่ติดตามอาการซึมเศร้าต่อหลังสิ้นสุดการบำบัดทั้ง 26 สัปดาห์ พบว่า มีระดับอาการซึมเศร้าต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมการบำบัด ซึ่งต่อมาในปี 2019 พบว่ามีการศึกษาของมาโซโลโมนอฟ และคณะ10 ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 48 คน ในแผนกจิตเวชสูงอายุ ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงทันที หลังเข้าร่วมทั้ง 9 กิจกรรมตามโปรแกรมการกระตุ้นให้มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม สามารถลดอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

2. จากสมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นกิจกรรม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าของค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม โดยที่ค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ร่วมกับที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าผ่านการกระตุ้นพฤติกรรมด้วยกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งได้ถูกออกแบบกิจกรรมจากการนำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมให้มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจของโซลามานี โมฮัมหมัดคานิและโดลัทชาฮี[15] เพื่อขัดขวางการเกิดอาการซึมเศร้าตามแนวคิดของของเลวินซอล์น[12] ที่มุ่งเพื่อให้เข้าใจอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมที่มีผลต่อการเสริม แรงของตนเองในกิจกรรมที่ 1, 2 และ 3 โดยให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกอื่น เรียนรู้เข้าใจสาเหตุของการเกิดและการคงอยู่ของอาการซึมเศร้าในตนเอง ตระหนักถึงความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับประสบการณ์ที่ตนไม่ได้รับแรงเสริมทางบวกที่เหมาะสม นำไปสู่การมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เพิ่มโอกาสให้ตนได้รับแรงเสริมทางบวกโดยมีเป้าหมายชัดเจน มีการวางแผนที่เฉพาะเจาะจง เป็นรูปธรรม ผ่านกลวิธีการใช้กรณีตัวอย่าง การฝึกแยกแยะอารมณ์และพฤติกรรมของโรคซึมเศร้าด้วยกิจกรรมเกมส์ การฝึกการระบุและวางแผนทำกิจกรรมมีผลต่อแรงเสริมทางบวก เกิดความรู้สึกมีความหวัง มีกำลังใจ ที่ได้เห็นเป้าหมายและแนวทางในการลดอาการซึมเศร้าของตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ส่วนในกิจกรรมที่ 4, 5 และ 6 หลังจากการวางเป้าหมายทำกิจกรรมมีผลต่อแรงเสริมทางบวกเรียบร้อยแล้ว ต่อมาจึงเป็นการยับยั้งพฤติกรรมที่ลดแรงเสริมทางบวกของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผ่านการสำรวจและวางแผนกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อลดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสังคมที่มีอยู่เดิม ด้วยเทคนิคการแก้ไขปัญหาช่วยให้ก้าวผ่านอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มเพื่อเรียนรู้และฝึกทักษะทางสังคม และมอบหมายใบงานติดตามการนำทักษะไปฝึกอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งทยอยเพิ่มกิจกรรมโดยรวมในแต่ละสัปดาห์ ใน 2 สัปดาห์สุดท้าย คือ ในส่วนของกิจกรรมที่ 7 และ 8 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมให้ส่งเสริมการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อให้รับการเสริมแรงทางบวกอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้เทคนิคการให้รางวัล เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเพิ่มกิจกรรมโดยรวม และสะท้อนให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าและศักยภาพของตนเองจากการร่วมทำกิจกรรมตามแผนของการเสริมแรงทางบวกได้ประสบความสำเร็จ การรับรู้ถึงการได้รับประโยชน์ที่ได้จากความสำเร็จในการเสริมแรงทางบวกตามแผนที่วางไว้ด้วยตนเอง ช่วงท้ายของสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ผ่านการอภิปรายกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก เกิดการยอมรับและเคารพคุณค่าในตนเอง และเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเสริมแรงทางบวกระหว่างสมาชิก รวมทั้งร่วมกันวางเป้าหมายระยะยาวในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมแรงทางบวกต่อไป อนึ่ง

การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันภายในกลุ่มบำบัด ทำให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การรับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกอื่น อีกทั้งมีการให้กำลังใจระหว่างสมาชิกให้เกิดความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง[17] จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม สามารถลดอาการซึมเศร้าลงอย่างมีประสิทธิผล มากกว่าการดูแลตามปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้เรียนรู้และเข้าใจที่มาของอาการซึมเศร้า[18] ร่วมกับการทำกิจกรรมที่พึงใจ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ผู้สูงอายุได้เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมตามศักยภาพจะยิ่งส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง[19]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สามารถนำโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม มาใช้เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสุขภาพจิตหลังจำหน่าย เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. สามารถใช้รูปแบบการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม เป็นแนวทางในการฝึกอบรมพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ส่งเสริมการกระตุ้นพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ แต่เสนอควรมีการติดตามระยะยาว หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมว่าสามารถลดระดับของอาการซึมเศร้า

2. จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม สามารถลดอาการซึมเศร้า ควรพิจารณารูปแบบของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมให้มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มกิจกรรมของครอบครัวให้ทำร่วมกันกับผู้สูงอายุ

References

1. Lackamp J., Schlachet R., & Sajatovic M. Assessment and management of depressive disorder in older adults. Psychiatria Danubina 2016; 28(1), 95–8.
2. Whiteford H A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A J., Ferrari A J., Erskine H E., Charlson F J., Norman R E., Flaxman A D., Johns N., Burstein R., Murray C J., & Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet (England) 2013; 382(9904): 1575–86.
3. Axinn W G., Ghimire D J., Williams N E., & Scott K M. Associations between the social organization of communities and psychiatric disorders in rural Asia. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2015; 50(10): 1537–45.
4. Yu D S., & Lee D T. Do medically unexplained somatic symptoms predict depression in older Chinese?. International journal of geriatric psychiatry 2012; 27(2): 119-26.
5. Bruine de Bruin W., Dombrovski A. Y., Parker A. M., & Szanto K. Late-life depression, suicidal ideation, and attempted suicide: The role of individual differences in maximizing, regret, and negative decision outcomes. Journal of behavioral decision making. 2016; 29(4): 363-71.
6. Szanton L, Thorpe J., Jr, & Gitlin N. Beat the Blues decreases depression in financially strained older African-American adults. The American journal of geriatric psychiatry. official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2014; 22(7): 692–7.

7. Hershenberg R., Paulson D., Gros D. F., & Acierno R.Does Amount and Type of Activity Matter in Behavioral Activation? A Preliminary Investigation of the Relationship between Pleasant, Functional, and Social Activities and Outcome. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2015; 43(4): 396–411.
8. Alexopoulos G S., Raue P J., Gunning F, Kiosses D N., Kanellopoulos D., Pollari C., Banerjee, S., & Arean, P. A."Engage" Therapy: Behavioral Activation and Improvement of Late-Life Major Depression. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2016; 24 (4): 320–6.
9. Janssen N, Huibers MJ, Lucassen P, Voshaar RO, van Marwijk H, Bosmans J, et al. Behavioral activation by mental health nurses for late-life depression in primary care: a randomized controlled trial. Bio Med Central psychiatry. 2017;17(1):1-11.
10. Solomonov N., Bress J. N., Sirey J A., Gunning F M., Flückiger C., Raue P J., Areán P A., & Alexopoulos G S. Engagement in Socially and Interpersonally Rewarding Activities as a Predictor of Outcome in "Engage" Behavioral Activation Therapy for Late-Life Depression. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2019; 27(6): 571–8.
11. Chandeawwit V., & Watcharakupt Y. Long-term care insurance system: a system suitable for Thailand. 2017; 22-5. (in Thai)
12. Lewinsohn P M. A behavioral approach to depression. Essential papers on depression 1975; 150-72.
13. Polit D F., & Beck C T. Nursing research: Principles and methods. Lippincott Williams & Wilkins. 2004.
14. Pitisuttitum P. The textbook of Clinical Reseach 4th Edition. 2018. (in Thai)
15. Soleimani M., Mohammadkhani P., Dolatshahi, B., Alizadeh, H., Overmann, K. A., & Coolidge, L. A Comparative Study of Group Behavioral Activation and Cognitive Therapy in Reducing Subsyndromal Anxiety and Depressive Symptoms. Iranian journal of psychiatry 2015; 10(2): 71–8.
16. Martell C R., S. Dimidjian and R. Herman-Dunn. Behaviroral Activation for Depression: A Clinician' s Guide. NewYork: Guilford Press. 2010.
17. Suktawee S, Soonthronchiaya R., & Jirarode A. The Effect of a Reminiscence Program on The Resilience Among Older Adults with Depression. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 235-43. (in Thai)
18. Sawangvoranard K, Cruthaka C. The Training Development Curriculum Cognitive Skills for The Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(1): 207-14. (in Thai)
19. Wongpanarak N., & Chaleoykitti S. Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017; 15(3): 24-31. (in Thai)

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

The Effect of a Competency Building Program on Knowledge Attitude and Belief of Professional Nurses in Patients care on Volume and Pressure controlled Ventilators At Sunpasitthiprasong Hospital

สุกัลญา สุพิชญ์ พัทยา แก้วสาร* บุญทิพย์ สิริธรังสี
Sukanya Supith Pattaya Kaewsarn* Boontip Siritarungsri
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันของพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้านคือ1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ3) ด้านเจตคติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการทำงาน 1 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน 3 ด้านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ หาค่าการคำนวณใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ด 20 เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของพยาบาลวิชาชีพมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการพยาบาล ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน 3 ด้านสูงขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านเจตคติไม่พบความแตกต่างผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน, พยาบาลวิชาชีพ, เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันพยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This was a quasi - experimental research (pre-and post-program tests were administered to the same group of samples) with the objective of comparing the pre-and post-program on volume-controlled and pressure-controlled ventilators competency of registered nurses in Sunpasitthiprasong Hospital in the areas of 1) knowledge; 2) skills; and 3) attitude. The sample population, chosen through purposive sampling, consisted of 30 registered nurses with at least one year of work experiences. The research tool was a program to

Corresponding Author: * E-mail: pattayakaew22@gmail.com

วันที่รับ (received) 16 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 มี.ค. 2567

develop competency in caring for patients using ventilators competency for registered nurses. An evaluation form to measure the samples' self-reported levels of knowledge, skill and attitude about caring for patients on volume and pressure-controlled ventilators before and after the program. The content validity index of the tool was rated at .80 and the reliability was .85 when measured by Kuder-Richardson Formula 20. Personal data of the samples were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that after participating in the capacity-building program, the nurses' mean scores for knowledge, skills were higher than the mean pre-program score before to a statistically significant degree at .05 ($p < 0.05$) but no difference was detected in attitude scores before and after the program. The research results should be used to develop the competency of professional nurses effectively

Keywords: Registered Nurse, Nursing, Volume and Pressure-Controlled Ventilator

บทนำ

เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือบำบัดการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเป็นการช่วยชีวิตเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการรักษาตามสาเหตุแล้วต้องถอดเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุดเพื่อลดภาววะแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น[1,2] และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการแจ้งสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจที่แสดงถึงความผิดปกติของระดับการเพิ่มแรงดันที่มากหรือน้อยเกินไป[3,4] ต้องมีสมรรถนะในการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ[5,6] โดยเฉพาะในภาวะวิกฤตต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้ ทักษะและข้อจำกัดในการใช้งาน รวมทั้งประเมินปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษาของผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่เหมาะสมรวดเร็ว และมีความปลอดภัย[7,8,9] สถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์[10] มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องท่อเลื่อนหลุดในปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 5.58 , 5.64 และ 4.97 ครั้งต่อ 1000 วัน คาท่อหายใจ อัตราติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปี 2563 , 2564 และ 2565 จำนวน 2.97, 3.6 และ 4.87 ครั้งต่อ1000 วันคาท่อหายใจ[9] ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม[1] ทิศเหนือ ในปี 2563, 2564 และ 2565 มีอัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ปี 2563, 2564 และ 2565 เท่ากับ 0.92, 1.01 และ 0.45 ครั้งต่อ 1000 วัน คาท่อหายใจ และมีอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี 2563, 2564 และ 2565 เป็น 4.49, 5.41 และ 15.84 ครั้งต่อ 1000 วันคาท่อช่วยหายใจและทบทวนเวชระเบียนจำนวน 30 ฉบับในปี 2565 ไม่พบการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ

ปัจจุบันกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ และสมรรถนะประจำกลุ่มงานประกอบด้วยสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในสายอาชีพ และสมรรถนะเฉพาะทางที่เป็นเฉพาะทั่วไปที่[11,12] ยังไม่ได้กำหนดสมรรถนะเฉพาะรายด้านโดยเฉพาะด้านการใช้เครื่องมือแพทย์ในผู้ป่วยวิกฤต เช่นการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ และปัญหาอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอในการบริการสุขภาพของประชาชน มีบุคลากรจบใหม่เข้ามาปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติและพยาบาลที่ปฏิบัติงานเดิมไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ร้อยละ 64 จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ ยังไม่พบสมรรถนะในด้านที่ตรงกับบริบทของหน่วยงาน แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงที่โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับสมรรถนะ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1. คุณธรรม จริยธรรม 2. การปฏิบัติการพยาบาล 3. ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล 4. การสื่อสาร 5. การบริหารจัดการ และ 6. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ทักษะพยาบาลวิชาชีพด้านการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ[13] พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องมีการฝึกอบรมให้มีความรู้ ทักษะเพื่อให้มีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาในด้านเทคนิคและปัญหาของผู้ป่วยเมื่อเกิดสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ[14] รวมทั้งพบว่ามีการกำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเพิ่มทักษะด้านกระบวนการพยาบาลโดยเฉพาะด้านการกำกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ[13] และในการเปลี่ยนแปลงการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจต้องเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมหน้าที่เฉพาะของเครื่องช่วยหายใจ[14] ที่ใกล้เคียงบริบทในการปฏิบัติการพยาบาล แต่มีความแตกต่างของข้อสมรรถนะรายด้านจึงไม่สามารถนำมาใช้ในบริบทของหน่วยงานซึ่งมีความสอดคล้องกับ แผนยุทธศาสตร์ขององค์กร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในปี 2566-2568 ในยุทธศาสตร์ Performance excellence เพื่อพัฒนาบุคลากรสายวิชาชีพให้มีทักษะทางวิชาชีพเฉพาะด้าน

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมมีความสนใจและได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจฯชนิดปริมาตรแรงดันในการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจโดยการนำแนวคิดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก[5] แนวคิดสมรรถนะ[15] และแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง[16] เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

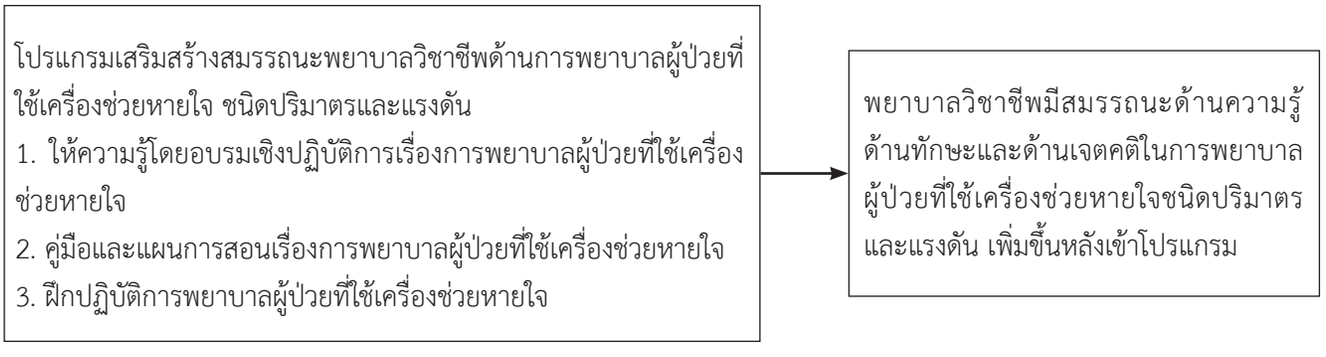
เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดปริมาตรและแรงดัน ต่อเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้ ด้านทักษะและด้านเจตคติในด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

สมมติฐานของการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและเจตคติในการด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก[5] แนวคิดสมรรถนะ[15] แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง[16] มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน สามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre test – post test design)

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทั้งหมดจำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทั้งหมด 60 คน ประสบการณ์ในการทำงาน 1 ปีขึ้นไป ยินดีให้ความร่วมมือและลงลายมือเซ็นยินยอมเข้าร่วมในเอกสารยินยอมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยของโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี รหัสโครงการ เลขที่ 060/66C. วันที่รับรอง 24 กรกฎาคม 2566 ถึง 23 กรกฎาคม 2567 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะของการศึกษาและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการบริการที่จะได้รับรวมถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับและเสนอผลในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 2 ชุด คือส่วนที่1.ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบปลายปิด ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ทักษะและเจตคติด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดย 1) นำร่างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลฯ และแบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ พร้อมส่งร่างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลฯและแบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและแบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ พร้อมปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใช้วัดประเมินก่อนและหลังเข้าโปรแกรมโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับเป็น สูง ปานกลาง และต่ำ[17,18] ได้แก่ 1. ด้านความรู้เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นแบบถูกผิด หากตอบถูกให้1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนนและแบบเลือกตอบ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนนสำหรับคะแนนของแบบทดสอบอยู่ในช่วง 1-25 คะแนนตามระดับความรู้ 2. ทักษะเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติการของพยาบาลในการจัดการสัญญาณเตือนเครื่องช่วยหายใจ มีกิจกรรม 8 กิจกรรม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) โดยใช้เครื่องหมาย √ ในช่องว่างปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตรงกับกิจกรรมที่สังเกตของกลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติได้ 4 กิจกรรม ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติได้มากกว่า 2 กิจกรรม ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติได้มากกว่า 1 กิจกรรม ให้ 1 คะแนน และ ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน ตามระดับทักษะ และ 3. เจตคติแบบสอบถามด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นแบบสอบถามที่ใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale สอบถามความเห็นมีข้อความเชิงบวกและเชิงลบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นคำถามเชิงบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 10 และคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 9 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index : CVI) เท่ากับ 0.80 นำไปทดลองกับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (try out) ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ KR 20 ได้ค่า 0.80 ค่าความยากง่ายข้อคำถามเท่ากับ 0.62 ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.5 และเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณสมบัติและความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ‘s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นท่ากับ 0.85 และแบบสังเกตหาความเชื่อมั่นโดยวิธีเท่าเทียมกันโดยใช้ผู้สังเกต 2 คน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ0.60 หาค่าความยากง่ายข้อคำถามเท่ากับ0.62 ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.5 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ KR 20 ได้ค่า 0.80 โดยนำโปรแกรมมาจัดอบรมให้ความรู้ทั้ง 3 ด้าน และตอบแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ แล้วนำผลประเมินมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Dependent t-test

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่1 วิเคราะห์ความรู้ ทักษะและเจตคติด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจฯของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดเตรียมคู่มือประกอบการฝึกอบรม สื่อการสอน และเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยใช้แบบการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมก่อนลงไปอธิบายวิธีเก็บข้อมูลและการฝึกหัดการใช้จนเข้าใจในการสังเกตพฤติกรรมแต่ละกิจกรรม ระยะที่ 2 จัดการอบรมฝึกปฏิบัติ และทำแบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจฯ และระยะที่ 3 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและเก็บแบบประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจฯ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเป็นรูปเล่มสมบูรณ์และเสนอผลการวิจัยเป็นตัวเลขและภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-35 ปี อายุต่ำสุด 24 ปีสูงสุด 55 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า10 ปีและไม่เคยเข้ารับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. ผลของโปรแกรมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน

ผลการวิเคราะห์สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดปริมาตรและแรงดัน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากแบบสอบถามโดยวิเคราะห์สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านเจตคติ โดยใช้สถิติทดสอบ pair t-test ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้านจำแนกตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

รายด้าน	ก่อนเข้าโปรแกรม		ระดับ	หลังเข้าโปรแกรม		ระดับ
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
1. ด้านความรู้	17.70	0.33	ต่ำ	21.50	0.36	ปานกลาง
2. ด้านทักษะ	63.0	0.37	ต่ำ	70.41	0.30	สูง
3. ด้านเจตคติ	4.09	0.04	สูง	4.17	0.04	สูง

จากตารางที่1 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน หลังเข้าโปรแกรมฯมีความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 21.50, SD = 0.36) ในด้านทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระดับสูง ($\bar{X}$ = 70.41 , SD = 0.04) และด้านเจตคติในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.17 , SD = 0.04) มีค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและเจตคติพยาบาลวิชาชีพในด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันในภาพรวมก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

สมรรถนะพยาบาล		$\bar{X}$	SD	t	P
1. ด้านความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน	ก่อนเข้าโปรแกรม	17.7	0.33	6.54	0.00*
	หลังเข้าโปรแกรม	21.5	0.36		
2. ด้านทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน	ก่อนเข้าโปรแกรม	63	0.37	24.27	0.00*
	หลังเข้าโปรแกรม	70.41	0.3		
3. ด้านเจตคติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดัน	ก่อนเข้าโปรแกรม	4.09	0.04	2.23	0.03*
	หลังเข้าโปรแกรม	4.17	0.04		

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 3 ด้าน พบว่าก่อนเข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 17.70, SD = 0.33 ; $\bar{X}$ = = 63.0, SD = 0.37) และในด้านเจตคติมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.09, SD = 0.04) และหลังเข้าโปรแกรมฯพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 21.50, SD = 0.36) ในด้านทักษะและด้านเจตคติคะแนนเฉลี่ยด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระดับสูง ($\bar{X}$ = = 70.41 , SD = 0.04 ; $\bar{X}$ = 4.17, SD = 0.04) มีค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้และด้านทักษะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแต่ไม่พบความแตกต่างด้านเจตคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบ่งการอภิปรายผลเป็น 3 ด้านดังนี้

ด้านความรู้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($\bar{X}$ = 21.50, SD = 0.36) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นมีส่วนในการเพิ่มความรู้ของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง[16]. ที่แสดงออกในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ เจตคติ และแรงจูงใจในการทำงาน ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมทั้งทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพโดยเป็นสิ่งที่เรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งในโปรแกรมของการศึกษาได้จัดรูปแบบ อาทิ การอบรมจากวิทยากร การใช้คู่มือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการสรุปความเข้าใจ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงให้ผู้ศึกษาเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้และได้เรียนรู้ในรูปแบบใหม่ของความรู้ที่ผ่านการวางแผนและการสร้างรูปแบบอย่างเหมาะสมเป็นความรู้ที่สามารถนำไปบูรณาการใช้กับสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไปสอดคล้องกับการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจในเนื้อหาสรุปประเด็น จับใจความสำคัญของเนื้อหาสาระอยู่ในรูปของข้อมูล ความคิดรวบยอดที่จะทำให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ ความเข้าใจ สามารถนำเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติไปสู่การตัดสินใจที่ให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ[15,18]

ด้านทักษะภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 21.50, SD = 0.36) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมในโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีความรู้แล้วมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องแล้วรวมทั้งมีการฝึกปฏิบัติจน

เกิดทักษะได้ตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้สอน เมื่อปฏิบัติซ้ำๆจนถูกต้องจนเกิดความชำนาญจนเกิดเป็นทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูงในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย17,18,ซึ่งสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง15เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งช่วยพัฒนาในทักษะการปฏิบัติ ให้ผู้เรียนได้มีการแสดงออกในการแสดงออกหรือ การปฏิบัติจริงจนผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะในการแสดงออก หรือการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์จะทำให้มีทักษะในด้านการปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น [19]

ด้านเจตคติภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านความเจตคติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}$= 4.17, SD = 0.04) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมในโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อการรับรู้และการตอบสนอง จนเกิดการรับรู้และการตอบสนองจนเกิดความพอใจต่อการจัดกิจกรรมการอบรมในการเรียนการสอน เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าของการเข้าร่วมโปรแกรม จนเกิดเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันสอดคล้องกับคุณสมบัติพยาบาลคือมีความรู้ ทักษะ มีเจตคติที่ดี รักเอาใจใส่และมีเวลาให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความพยามในการปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จและมีประสิทธิภาพ[19, 20]

จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนักและการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสามารถส่งเสริม ความรู้ ทักษะและเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีความมั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างจะนำความรู้ ทักษะและเจตคติด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันในการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจรวมทั้งประสบการณ์ที่ได้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและเมื่อลงมือปฏิบัติด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและแรงดันในการจัดการสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ แล้วเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยไปวางแผนพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตกลุ่มอื่นในด้านต่าง ๆ ของกลุ่มงานการพยาบาล

2. ควรมีการออกแบบการประเมินและติดตามผลการนำโปรแกรมไปใช้ในประเด็นข้อดีและข้อจำกัดของการเรียนรู้ เพื่อนำไปพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยติดตามติดตามผลลัพธ์จากการปฏิบัติงานภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อีก 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

2. ในส่วนของความรู้และทักษะเนื้อหาเสียงเตือนสัญญาณแครื่องช่วยหายใจยังไม่ครบถ้วนเช่นเรื่อง high tidal volume, high exhaled minute volume, Gas loss, Low/high Fio2, Power loss เพิ่มเติมเนื้อหาให้ความครอบคลุมสมบูรณ์ต่อไป

References

1. Phantu K. Caring for patients using ventilators. (4th printing). Bangkok. Publishing House. Chulalongkorn University; 2021. (in Thai)
2. Bunburaphong T. Respiratory system therapy in medical practice. Edition no.7. Panyamit Co. Ltd; 2017. (in Thai)
3. Ruskin J K, BlissP J, Alarm Fatigue and Patient Safety. Anesth Analg; 2019.
4. Scott J B. The Conundrum of Mechanical Ventilation Alarms. Respiratory Care. 2021; 66(4): 699-700.
5. Nursing Division of Medical Services. Nursing standards in hospitals (3rd printing). Nonthabur Veterans Organization; 2008. (in Thai)
6. Saritas S. Knowledge and Practices of Intensive Care Nurses on Ventilation Mechanical. international Journal of caring. 2019; 12(1): 30-9.

7. Huttakee P, Kaewsongk P. The Relationship between The Knowledge, Attitude and Perceived Nursing Skill Based on Patient Safety of Professional Nurses in Police General Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 360-9. (in Thai)
8. Paorohit W, Amornrattanathada C, Khamrath J. The Relationships of Knowledge, Attitudeand Perceive of Patient Safety Skill of the Senior Air Force Student Nurses, Royal Thai Air Force Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(2): 327-50. (in Thai)
9. Santiprasitkul S, Junlapeeya P, Boonyapak P, Srimanthayamas V. Patient Safety Culture: Perception of State Hospital Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1): 9-15 (in Thai)
10. Sappasitthiprasong Hospital. Medical records and statistics. Annual statistical report. Sappasitthiprasong Hospital; 2022. (in Thai)
11. Sappasitthiprasong Hospital. Nursing Group. Professional nurse competency assessment form; 2021. (in Thai)
12. Nursing Council. Nursing Council. Announcement from the Nursing and Midwifery Council; 2018. (in Thai)
13. Niamwan C, Rueangsaen D, Kaenkarn W. The Professional Nurse, competencies in Nursing patientusing Mechanical ventilation. Journal of Nursing and Health Care. 2020; 38 (1): 6-14. (in Thai)
14. Williams L M, Sharma S. Ventilator Safety. 2019; 34(3): 383- 94.
15. McClelland D.C. Test for Competency rather than intelligence. American Psychologists. 1970;17: 57-83.
16. Knowles, M. Self-directed learning: A guide for learners and teachers. Chicago: Follett Publishing Company; 1975. 17. Tato R. Nursing research: a thinking approach to application]. (revised edition). 3rd printing. Chulalongkorn University Printing House; 2018. (in Thai)
18. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing Qualit of Research Instrument in Nursing Research. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1): 9-15. (in Thai)
19. Thongkleang L. Effects of development the professional nurse 4.0 aera's competency in Caring Patients, Using Volume ventilator In Medical intensive Care Unit, Suratthani Hospital.Journal of Health Research and Innovation. 2021; 4(2):54-64. (in Thai)
20. Pongauksorn P. Learning in The 21st Century: Lesson Learned from Flipped Classroom. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(2): 47-61. (in Thai)

พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง

The Development of Nursing Model for Promoting Optimal Birth Outcomes in Pregnant Women with Secondhand Smoke Exposure

บุษกร สีหรัตนปทุม กีโอต์[1] นภาวดี ตั้งตรงวิศลกิจ*[2]

Bootsakon Seaharattanapatum Guyot[1] Naphawadee Tungtrongvisolkit*[2]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพ ประเทศไทย 10900

[1]Faculty of Nursing, Kasetsart University, Thailand 10900

[2]คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาลัยการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000

[2]Faculty of Nursing and Health Sciences Phetchaburi Rajabhat University, 76000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง สถาบันการศึกษาพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (IOC) .06 – 1.00 ความเที่ยงตรงแบบสอบถาม (KR-20) .794 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังกิจกรรม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.5 มีคะแนนความรู้สร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์หลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนเริ่มกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = 17.323, df = 39, p <.001) พบรูปแบบการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ 3) ฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 4) ให้ความรู้ผ่านแอพลิเคชัน 5) ให้คำปรึกษาออนไลน์เฉพาะราย และ 6) ติดตามภาวะสุขภาพต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ ควรพัฒนาระบบแอพลิเคชันสำหรับช่วยสตรีตั้งครรภ์ให้สามารถหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองและมีการพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล ผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ สตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง

Abstract

This action research aimed to develop a nursing model for promoting optimal birth outcomes in pregnant women with secondhand smoke exposure. The subjects were forty club advisors at central division network of nursing institutions in Bangkok. They were recruited by the purposive sampling and quota sampling. Data collection used the questionnaires of health promotion knowledge. The nursing knowledge in promoting optimal birth outcomes in pregnant women with secondhand smoke exposure test was verified by the five experts (IOC) .06 - 1.00. The reliability of the research instrument (KR-20) was. 794. Data analysis used

*Corresponding author E-mail address: napawadee.tan@mail.pbru.ac.th

วันที่รับ (received) 10 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 ก.พ. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 มี.ค. 2567

the descriptive statistics and pair t-test.

The results showed that after intervention, the subjects were approximately 72.5% having the highest level of prenatal health promotion knowledge score. Additionally, the mean score of prenatal health promotion knowledge in post- intervention was significantly higher than pre-intervention at .05 (t =17.323, df = 39, p <.001). As the result revealed that prenatal health promotion nursing model; 1) perceiving the benefits and barriers of health behaviors, 2) encouraging family participation in health care, 3) practicing health behaviors, 4) preparing health educational application, 5) providing individual counseling online, and 6) monitoring continuous health status. The recommendation of this study should be developed the application system for helping pregnant women to avoid secondhand smoke exposure and developed the effective referral system for preventing adverse birth outcomes.

Keyword: Nursing Model, Optimal Birth Outcomes, Pregnant Women with Secondhand Smoke Exposure

บทนำ

สตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองตลอด การตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน[1-4] เกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์[5] นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์[1-5] จึงกล่าวได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองจากสามีหรือสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสสัมผัสสารเคมีในควันบุหรี่ กว่า 7,000 ชนิด ได้มากกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้สัมผัสควันบุหรี่มือสอง[5] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสามีที่ภรรยากำลังตั้งครรภ์[5] ส่วนใหญ่มักสูบบุหรี่ภายนอกตัวบ้าน เช่น บริเวณระเบียงรอบบ้าน หน้าประตูทางเข้า หน้าต่าง หน้าระเบียงบ้าน หรือริมรั้ว และมีบางส่วนสูบบุหรี่ในตัวบ้านขณะที่สตรีตั้งครรภ์ทำกิจวัตรประจำวันในรัศมี 5 เมตร จากจุดที่สามีสูบบุหรี่[5] เช่น ห้องนั่งเล่น ห้องน้ำ และห้องครัว อย่างไรก็ตามสามี ที่สูบบุหรี่ขณะภรรยากำลังตั้งครรภ์ บางส่วนที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายของควันบุหรี่มือสอง ต่อสุขภาพ[5] สตรีตั้งครรภ์และผลลัพธ์การคลอด[1-6] รวมทั้ง การสร้างเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเลิกสูบบุหรี่ขณะภรรยาตั้งครรภ์[5] ซึ่งส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของสามีที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เกิดจากความรู้สึกห่วงใยภาวะสุขภาพของภรรยาและบุตรในครรภ์เป็นต้น[5] จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่และการสร้างแรงจูงใจในการช่วยเลิกสูบบุหรี่เพื่อช่วยให้สามีของสตรีตั้งครรภ์สามารถเลิกบุหรี่ได้โดยไม่ใช้ยาหรือที่เรียกว่าการหักดิบได้นานกว่า 6 เดือน อันเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของการมีผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์[4-5] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองจากสามีที่สูบบุหรี่ในระดับรุนแรงตลอดการตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางชนิดรุนแรง[4-5] ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ตกเลือดหลังคลอด แผลหายช้า และติดเชื้อได้ง่ายกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติที่ไม่เคยสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ขณะตั้งครรภ์[3-5] อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ อาทิเช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และทารกมีภาวะคับขันขณะรอคลอด[1-5] เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าควันบุหรี่ก่อมลพิษทางอากาศ ส่งผลให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจและกดภูมิคุ้มกันร่างกาย[1-5]

การสร้างเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพที่แข็งแรง[5-8] สอดคล้องนโยบายประเทศที่ว่า “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” โดยมุ่งเน้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุม การรับประทานอาหารตามโภชนา การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ การพักผ่อนนอนหลับรวมทั้งการจัดการความเครียดในระยะตั้งครรภ์ การไม่ดื่มสุรา และการไม่สูบบุหรี่ เหล่านี้เป็นการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก “3 อ. 2 ส.” จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสร้างเสริมสุขภาพตลอดการตั้งครรภ์จะช่วยส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์[5-8] โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองหากได้รับการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับภาวะสุขภาพจะช่วยให้เกิดการฝากครรภ์คุณภาพ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองเป็นอีกพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับสตรีตั้งครรภ์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำบริเวณบ้านให้ปลอดบุหรี่

ด้วยวิธีติดสติกเกอร์เป็นอีกหนึ่งวิธีในการพิทักษ์สิทธิของการมีสุขภาพที่แข็งและมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับสุขภาพและพัฒนาการของทารกในครรภ์ การได้รับข้อมูลสุขภาพผลกระทบของควันบุหรี่ต่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่เพียงพอทำให้เกิดความตระหนักและความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวถึงความสำคัญของการช่วยเลิกบุหรี่โดยเฉพาะสามีของสตรีตั้งครรภ์[6-8]

อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้งในและต่างประเทศยังไม่เพียงพอที่จะสรุปพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในระยะตั้งครรภ์สำหรับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองที่ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยรวมทั้งข้อจำกัด ในการสื่อสารภายในครอบครัวสตรีตั้งครรภ์ที่มีสามีสูบบุหรี่เพื่อช่วยสร้างแรงจูงใจ ให้สามีสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์นั้นยังคงมีจำนวนน้อยและไม่เพียงพอที่จะสรุปประสิทธิภาพของรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลสำหรับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองที่ชัดเจน[9–15] อีกทั้งยังมีข้อจำกัดของระยะเวลาของการให้บริการสุขศึกษาและการให้คำปรึกษาที่ยังไม่เพียงพอสำหรับความต้องการของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกประเด็นในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง[16] ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลเครือข่ายภาคกลางจึงตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบกิจกรรมพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง โดยอาจารย์พยาบาลที่ปรึกษาด้านการควบคุมบุหรี่เครือข่ายภาคกลางให้เกิดแนวทางในการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาในด้านการสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ให้กับสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นและมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองโดยอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง

ขอบเขตของการวิจัย

อาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง สถาบันการศึกษาพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร ประจำปีการศึกษา 2564 ตั้งแต่ 1 มิถุนายน – 1 ตุลาคม 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผสมผสานระหว่างวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและผู้เข้าร่วมการวิจัย

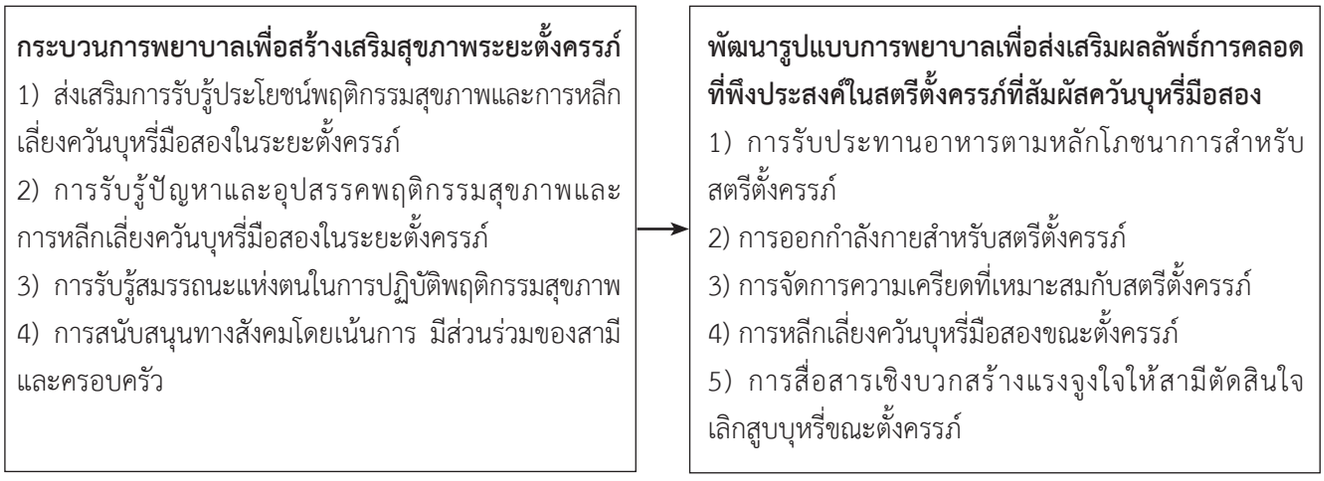
ประชากร คือ อาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง จากสถาบันการศึกษาพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปีการศึกษา 2564 จำนวน 79 คน

ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ อาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง สถาบันการศึกษาพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน

โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ อาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลางที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ และ ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการวิจัย รู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ และขอถอนตัวออกจากงานวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ โดยอาจารย์พยาบาลที่มีความสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ โดยอาศัยกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2006) และกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังอธิบายในภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยตามกรอบแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2006)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง ประกอบด้วย

1. คลิปวีดีโอ สำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ โภชนาการระยะตั้งครรภ์ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมในบสตรัตั้งครรภ์ และพิษภัยบุหรี่ต่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ การสื่อสารเชิงบวกช่วยสร้างแรงจูงใจให้สามีเลิกสูบบุหรี่แบบไม่ใช้ยา พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองของสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้ง การให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งต่ออย่างเป็นระบบ 1600 ระยะเวลา 60 นาที

2. สถานการณ์จำลอง “การสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์และการช่วยสมาชิกครอบครัวเลิกบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง” ผลกระทบจากควันบุหรี่ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง

3. ใบงานอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง ใช้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่ที่กระทบสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองและผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะโลหิตจางรุนแรงมากขึ้น พร่องออกซิเจน การเจริญเติบโตของทารกช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม

4. หลังจาก 2 สัปดาห์ ตัวแทนอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลางนำเสนอรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

5. ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกอาจารย์ที่ปรึกษาเครือข่ายภาคกลางและถอดบทเรียนโดยวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนให้รูปแบบการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลางเป็นชุดแบบสอบถามแบบเลือกตอบผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรื่องการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบทดสอบก่อนและหลังแบบคู่ขนาน ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ บุญใจ ศรีสถิตนรากูร (2555) ดังนี้

มีความรู้ระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\overline{X}$ + ½ SD ถึงคะแนนสูงสุด

มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\overline{X}$ ± ½ SD

มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า $\overline{X}$- ½ SD ถึงคะแนนต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ที่สร้างโดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และให้อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านบุหรี่ ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาสื่อต่างๆ แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective

Congruence) ตั้งแต่ 0.60 – 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบทดสอบความรู้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง จำนวน 30 ข้อ ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.80-1.00 ทดลองใช้กับอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลางที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ผ่านทาง Google form วิเคราะห์โดยใช้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.794

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนดำเนินการแบ่งออกได้ ดังนี้

1. การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัยจะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดแจ้ง โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. เลือกปัญหาสุขภาพสำคัญครอบคลุมในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองจากสามีหรือสมาชิกในครอบครัวที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์

3. เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ มี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติและเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและที่เป็นอุปสรรค ตามวงจรของการปฏิบัติการทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ของข้อมูลที่ได้รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูล เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง

6. ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มวิจัยได้ร่วมกันพิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ วิธีการปัญหาและผลที่ได้รับ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามหมายเลขรับรอง KFN-IRB2021-28 ณ วันที่ 25 ตุลาคม 2564 โดยมีมาตรการปกป้องพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 3 ประการ คือ หลักการขอความยินยอม หลักการรักษาความลับของแหล่งข้อมูล และหลักการป้องกันผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความรู้วิเคราะห์โดยทดสอบค่าที (Pair t- test)

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง จำนวน 40 คน เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่คือเพศหญิง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 97.50 รองลงมาเพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 จำแนกตามอายุ พบว่าส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 77.50 รองลงมาอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 ค่าเฉลี่ยอายุ 40.80 ปี (Mean = 40.80, SD = 1.556) จำแนกตามศาสนา พบว่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 ส่วนนับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 พบว่าจำแนกตามประวัติการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ พบว่าบางส่วนมีประสบการณ์ในการให้คำแนะนำสร้างเสริมสุขภาพให้สตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 ทั้งสองกลุ่มเท่ากันและไม่ทราบข้อมูลการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 จำแนกตามการเคยมีประสบการณ์ให้คำแนะนำหรือช่วยคนเลิกสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาไม่เคยมีประสบการณ์ให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาเคยมีประสบการณ์ให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และจำแนกตามประวัติสูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 92.50

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40 คน)

ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ		
ระดับต่ำ	6	15.00
ระดับปานกลาง	21	52.50
ระดับสูง	13	32.50
(Min ก่อน = 9, Max ก่อน = 22) (Mean ก่อน = 15.88, SD ก่อน = 3.322)		
หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ		
ระดับปานกลาง	11	27.50
ระดับสูง	29	72.50
(Min หลัง = 22, Max หลัง = 28) (Mean หลัง = 25.30, SD หลัง = 1.436) (t = 17.323, df = 39, p < .001)		

จากตารางที่ 1 จำแนกตามความรู้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนอบรมเชิงปฏิบัติการฯกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ฯ ระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 (Mean ก่อน = 15.88, SD ก่อน = 3.322) ส่วนหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการฯพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ฯ ระดับปานสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50 (Mean หลัง = 25.30, SD หลัง = 1.436) จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองของกลุ่มตัวอย่าง ของอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง โดยประยุกต์ใช้กระบวนวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยบูรณาการแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2006) ในการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การสังเกตและการประเมินผลมีประเด็นที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองโดยอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง

รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2006) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของอาจารย์ที่ปรึกษาเครือข่ายภาคกลางโดยอาศัยกระบวนการส่งเสริมการรับรู้ที่เหมาะสมแก่สตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง ดังนี้ 1) ส่งเสริมการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการในระยะตั้งครรภ์ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในสตรีตั้งครรภ์ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งการสื่อสารเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจให้สามีเลิกสูบบุหรี่ 2) ส่งเสริมการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ โดยมีการวางแผนการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ในอดีตของสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุม ในประเด็นที่สำคัญตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2006) 4) การสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของสามีและครอบครัว โดยสอดแทรกการสื่อสารเชิงบวกเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีและสร้างแรงจูงใจให้สามีต้องการเลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม

การส่งเสริมการเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิด

การเรียนรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์จากการแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์จำลองที่ครอบคลุมการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของสตรีตั้งครรภ์ที่สามีสูบบุหรี่ตลอดการตั้งครรภ์[17-19] ซึ่งเป็นสิ่งท้าทายของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากบางส่วนยังไม่มีประสบการณ์ทางการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่โดยตรงเกี่ยวกับการช่วยเลิกสูบบุหรี่อย่างเป็นระบบ รวมทั้งการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับสามีสตรีตั้งครรภ์หรือกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนและขณะตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว[15-20] นอกจากนี้การรณรงค์ให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระยะตั้งครรภ์และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยส่งเสริมความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อการเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองได้ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการช่วยควบคุมบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลางอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสร้างเสริมสุขภาพช่วยเลิกบุหรี่เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ให้คำปรึกษาและเป็นต้นแบบที่ดีให้กับนักศึกษาพยาบาลและพัฒนาคุณภาพบริการโดยเฉพาะครอบครัวสตรีตั้งครรภ์ที่มีสามีสูบบุหรี่[17] จำเป็นที่ต้องได้รับการให้คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองซึ่งเป็นหนึ่งในพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีสัมผัสควันบุหรี่มือสองในระดับรุนแรงตลอดการตั้งครรภ์ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางต่อเนื่อง[16-19] ร่างกายพร่องออกซิเจนเหนื่อยง่าย[19-20] ประสิทธิภาพการทำงาน[19] และเกิดอาการเมื่อยล้าขณะคลอดและหลังคลอด[19] รวมทั้งการเสี่ยงต่อการตกเลือด[19] และติดเชื้อหลังคลอดได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ปกติไม่เคยสัมผัสควันบุหรี่มือสอง[18-20] เกิดจากหลายเพื่อป้องกันผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย[17-21]

นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์โดยตรงด้านการช่วยเลิกบุหรี่ในคลินิก จึงอาจทำให้ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพจากสภาพสังคมจริงแต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ได้ พัฒนาสถานการณ์จำลอง ที่เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ต่อปัญหาสุขภาพของสมาชิกครอบครัวสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาปัญหาสภาพแวดล้อมสังคมเมือง โดยถ่ายทอดจากประสบการณ์ของอาจารย์ที่ปรึกษาเครือข่ายภาคกลางให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงบทบาทสมมุติในการประชุมเชิงปฏิบัติการออนไลน์ร่วมกัน ก่อนแบ่งกลุ่มย่อยให้กับอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลาง กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง การศึกษานี้พบว่าวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของรูปแบบการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองโดยกลุ่มตัวอย่างพบว่าภายหลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์ปัญหา สามารถสรุปได้ว่าปัญหาของการสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์โดยอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลางยังไม่มีระบบขั้นตอนและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองที่ชัดเจน ทั้งในด้านการสื่อสาร ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านบุคลากร จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบทำให้ไม่มั่นใจวิตกกังวลเกี่ยวกับการคุยกับญาติหรือผู้ป่วยเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ดังนี้ “ดิฉันรู้สึกกังวลเพราะไม่มั่นใจว่าจะสามารถพูดโน้มน้าวให้สามีของสตรีตั้งครรภ์เลิกสูบบุหรี่ในบริเวณที่สตรีตั้งครรภ์อยู่ด้วยได้” (N4) ส่วน (N9) “เคยได้ยินสามีสตรีตั้งครรภ์บอกว่าเค้าซื้อบุหรี่อย่างถูกต้องตามกฎหมายและเสียภาษีถูกต้องไม่ได้ไปทำร้ายใครก็ยังไม่คิดที่จะเลิกส่วนภรรยาผมก็แข็งแรงดีไม่เห็นต้องกังวลอะไรเลย” และ (N21) “การแนะนำให้สามีเลิกสูบแต่ก็ทะเลาะกันทุกครั้งค่ะ ดิฉันไม่ไหวจะอธิบายให้เค้าเข้าใจเวลาเค้าสูบบุหรี่ก็กลั้นหายใจหรือเดินไปหลังบ้านจนเค้าสูบเสร็จค่ะ คิดว่าถ้าไม่มีความเข้าใจที่ถูกต้องก็ไม่มั่นใจที่จะขอร้องให้สามีเลิกสูบบุหรี่ได้ค่ะ” ดังนั้นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญให้การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองสำเร็จได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของสังคมเมือง คือ การประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลางและการถ่ายทอดประสบการณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่เคยผ่านประสบการณ์ช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบในคลินิก รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการนำเสนอผลงานรูปแบบการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองโดยเน้นการแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์จำลองและแสดงบทบาทสมมุติด้านการช่วยเลิกบุหรี่แก่สมาชิกครอบครัวอย่างเป็นระบบ[21-24] การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองสำหรับสตรีตั้งครรภ์เป็นการสร้างความตระหนักถึงบทบาทที่สำคัญของ

อาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลางสามารถเพิ่มความมั่นใจในการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่อย่างเหมาะสมแก่สตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองและครอบครัวเป็นต้นแบบพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและชัดเจนยิ่งขึ้น โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีพัฒนาสื่อการให้ข้อมูลความรู้ที่สั้นกระชับแบบอินโฟกราฟฟิคและแอพลิเคชันให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคลสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ต้องการความช่วยเหลือ[21-25] ย่อมส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและได้รับความร่วมมือจากครอบครัวสตรีตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการสื่อสารรูปแบบการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์แบบสองทางทำให้สามารถสอบถามและแก้ปัญหาความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. อาจารย์ที่ปรึกษาชมรมเครือข่ายภาคกลางสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ไปพัฒนารูปแบบแอพลิเคชันเป็นอินโฟกราฟฟิคที่ครอบคลุมเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์ เพื่อขยายผลสู่สังคมให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายตลอดการตั้งครรภ์จนกระทั่งระยะให้นมบุตรของมารดาที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด

2. ควรพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพระยะตั้งครรภ์และการสื่อสารเชิงบวกสร้างแรงจูงใจให้สามีต้องการเลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์

References

1. Ajori L, Ghanbari M, Ghanbari A, Esgandari M, Adib M, Dehghani Z. Comparison of pregnancy outcome in pregnant women (third trimester) with and without anemia: Case-control study from Iran. International Archives of Health Sciences. 2024.
2. Duryea EL, Schell RC. Anemia. Queenan's management of high-risk pregnancy: an evidence-based approach. 2024.
3. Glick I, Kadish E, Rottenstreich M. Management of pregnancy in women of advanced maternal age: improving outcomes for mother and baby. International journal of women's health. 2021.
4. Pandey AK, Gautam D, Tolani H, Neogi SB. Clinical outcome post treatment of anemia in pregnancy with intravenous versus oral iron therapy: a systematic review and meta-analysis. Scientific Reports. 2024.
5. Liu B, Lu X, Jiang A, Lv Y, Zhang H, Xu B. Influence of maternal endocrine disrupting chemicals exposure on adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. Ecotoxicology and Environmental Safety. 2024.
6. Tungtrongvisolkit N. & Seaharattanapatum B. Experiences of smoking cessation focused on barriers and facilitators by husbands with smoking tobaccos during wives getting pregnant with anemia in urban community: A Qualitative Research. Open Access Library Journal. 2021;8(5):1-13.
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Jurong, Singapore: Pearson; 2006.
8. Turner AR, Reed SM. Theory Analysis: The health promotion model and motivation in physical activity. Research and Theory for Nursing Practice. 2023.
9. Wilson JC. Nola J. Pender: Health promotion model. Nursing Theorists and Their Work E-Book. 2021.
10. Songsermpong S, Rodphothong J, Piriyaudomporn P. Development of a care model for high-risk pregnant women in the digital transformation Era. Journal of Health Science. 2023;32 (Supplement 1): S125-37.
11. Gamde MS, Obeagu EI. Iron Deficiency Anaemia: enemical to pregnancy. European Journal of Biomedical. 2023;10(9):272-75.
12. Kayumova GM, Nutfilloyevich KK. Cause of perinatal loss with premature rupture of amniotic fluid in women with anemia. AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI. 2023;2(11):131-6.

13. Suryanih S, Galaupa R. Increasing knowledge in pregnant women about anemia screening and triple elimination through pregnant women classes. International Journal of Medicine and Health. 2023;2(1):17-25.
14. Biete A, Gonçalves VS, Franceschini SC, Nilson EA, Pizato N. The prevalence of nutritional anaemia in Brazilian pregnant women: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(2): 15-9.
15. Tanaka K, Nishigori H, Watanabe Z, Tanoue K, Iwama N, Satoh M, Murakami T, Hoshiai T, Saito M, Mizuno S, Sakurai K. Secondhand smoke exposure is associated with the risk of hypertensive disorders of pregnancy: the Japan Environment and Children's Study. Hypertension Research. 2023;46(4):834-44.
16. Nanninga EK, Weiland S, Berger MY, Feijen-de Jong EI, Erwich JJ, Peters LL. Adverse maternal and infant outcomes of women who differ in smoking status: E-cigarette and tobacco cigarette users. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023.;20(3): 26-32.
17. Guri-Scherman AL, Neumark Y, Rodnay M, Bar-Zeev Y. Barriers and enablers to implementing a smoke-free home and car during pregnancy: a Qualitative Study among expectant Israeli fathers. Nicotine and Tobacco Research. 2024;26(1):94-101.
18. Cavichiolli FS, Borovac-Pinheiro A, Lajos GJ, Becker M, Passini Jr R, Brazilian Multicenter Study on Preterm Birth Study Group, Marba ST, Matias JP, Maia Filho NL, Borges VT, Oliveira LR. The relationship between active/passive smoking and spontaneous preterm birth: Data from a multicenter study. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2024.
19. Wang YT, Hu KR, Jian ZH, Ai FL, Shi YL, Wang XW, Yang WY, Wang JX, Ai LM, Xia WA. The Association between Exposure to Second-Hand Smoke and Disease in the Chinese Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. Biomedical and Environmental Sciences. 2023.;36(1): 24-37.
20. Cohn AM, Elmasry H, Wild RC, Johnson AL, Abudayyeh H, Kurti A, Coleman-Cowger VH. Birth outcomes associated with e-cigarette and non–e-cigarette tobacco product use during pregnancy: An examination of PATH data waves 1–5. Nicotine and Tobacco Research. 2023.;25(3): 444-52.
21. Harun H, Daud A, Amiruddin R, Sabir M, Hadju V, Mallongi A, Talebe T, Faris M. The Effect of pre-conception Moringa Leaf Extract Supplementation on Cotinine Serum Levels in Pregnant Women Exposed to Tobacco Smoke. Pharmacognosy Journal. 2023;15(2).
22. Lin SY, Wang L, Zhou W, Kitsantas P, Wen X, Xue H. E-cigarette use during pregnancy and its association with adverse birth outcomes in the US. Preventive Medicine. 2023;166: 107375.
23. Bendotti H, Lawler S, Gartner C, Ireland D, Marshall HM. Smoking cessation counseling in practice: a qualitative analysis of Quitline conversations in Queensland, Australia. Health Education & Behavior. 2024;51(1):43-53.
24. Strayer SM, Barnhardt A, Rollins LK, Ingersoll K, Yan G, Elward KS, Schorling JB. Assessing efficacy of a web-based smoking cessation tool-Quit Advisor MD: Protocol for a practice-based, clustered, randomized control trial. Contemporary Clinical Trials Communications. 2024.28: 101253.
25. Pierrot B, Legendre G, Riou J, Gentil A, Molle-Guiliani B, Petit A. Pregnancy and tobacco: practice and knowledge of French midwives. Midwifery. 2024;129: 103886.

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย : พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์

Confirmatory Factor Analysis of Upper Primary School Students' Scales: Attractive Behavior, Behavior for Protecting Friends from Bad Things, and Emotional Control Behavior

ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล* ยุวดี แตรประสิทธิ์
Thipkhumporn Keskomon* Yuwadee Traprasit
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330
Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, Thailand, 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างของแบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ สำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดกรุงเทพมหานคร และสังกัดการศึกษาเอกชน จำนวน 1,228 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรม 3 แบบวัด ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ด้วยการคำนวณค่าความสอดคล้องของข้อความกับประเด็นที่ต้องการศึกษา เท่ากับ .80 – 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75, 87 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน ผลการศึกษาพบว่า แบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์มีองค์ประกอบเดียว และโครงสร้างของแบบวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 = 4.90, df = 3, p = .18; χ^2 = 12.34, df = 10, p = .26; χ^2 = 6.42, df = 3, p = .093 ตามลำดับ) แบบวัดที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบวัดที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมช่วยเหลือนักเรียนในการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและสังคม

คำสำคัญ : การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน, การทำตนให้เป็นที่น่าคบหา, การป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี, การควบคุมอารมณ์, นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

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

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประเทศไทย 10900 ส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและสังคม ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร"

วันที่รับ (received) 7 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ก.พ. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 มี.ค. 2567

Abstract

The objective of this research was to examine the consistency between the structural model scales of attractive behavior, behavior for protecting friends from terrible things, and emotional control behavior for upper primary school students and empirical data. Samples consisted of 1,228 male and female students in upper primary schools in the Office of the Basic Education Commission, Bangkok Metropolitan administration, and the private education sectors. The research instruments were three questionnaires, tested by 5 experts for the content validity with indicies of item objective congruence: IOC of .80 – 1.00 and Cronbach's alpha coefficients of .75, 87 and .72, respectively. Descriptive statistics, exploratory and confirmatory factor analyses were used for data analysis. The results showed that structural models of these scales had only one component and were consistent with the empirical data (χ^2 = 4.90, df = 3, p = .18; χ^2 = 12.34, df = 10, p = .26; χ^2 = 6.42, df = 3, p = .093, respectively). The developed scales were appropriate for promoting student behaviors to prevent violence in family and society.

Keywords: Exploratory and Confirmatory Factor Analysis, Attractive Behavior, Protect Friends from Bad Things Behavior, Emotion Control Behavior, Upper Primary School Students

บทนำ

อุบัติการณ์ความรุนแรงต่อเด็กใน 96 ประเทศ ของเด็กในเอเชีย แอฟริกา และอเมริกาเหนือ พบมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 โดยเด็กอายุ 2 – 17 ปี มีประสบการณ์ความรุนแรงสูงถึง 1 พันล้านคน ซึ่งเป็นประสบการณ์ความรุนแรงทางร่างกาย ทางเพศ หรือทางอารมณ์ หรือถูกทอดทิ้ง[1]

ความรุนแรงในโรงเรียน ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญ โดยระดับชั้นประถมศึกษาได้รับการพิจารณาใช้เป็นพื้นฐานในการแสวงหาความรู้สำหรับการเรียนรู้ในระยะเวลาต่อมา และให้เด็กมีนิสัยการเรียนที่จำเป็น โดยเด็กต้องการใช้เวลาในช่วงนี้ในสถานที่ที่ปลอดภัย ดังนั้น การกระทำที่มีความรุนแรงในระดับชั้นประถมศึกษาควรมีการศึกษา วิเคราะห์ และอภิปรายอย่างรอบคอบ[2]

ปัญหาความรุนแรงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว แก้ไขให้กลับมาเหมือนเดิมได้ยาก วิธีการศึกษาเพื่อลดความรุนแรงมี 2 วิธี วิธีแรกเป็นวิธีแบบดั้งเดิม โดยศึกษาความรุนแรงหรือความก้าวร้าวโดยตรง วิธีที่สอง เน้นที่การป้องกัน ใช้ผลที่ได้เป็นตัวขับเคลื่อน วิธีที่สองนี้เป็นการพัฒนาทักษะความรอบรู้ทางอารมณ์ โดยการสร้างชุดความเข้มแข็งทางอารมณ์และสังคม เพื่อการลดพฤติกรรมต่อต้านสังคม เป็นพฤติกรรมทางบวกที่สามารถหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ให้ดำเนินต่อไปได้ ซึ่งนิยามว่าเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือสังคม (prosocial behavior)[3] ในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาที่พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงสอดคล้องกับทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม ซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมของคนดี ได้แก่ พฤติกรรมการไม่เบียดเบียนผู้อื่น เช่น พฤติกรรมช่วยเหลือเอื้อเฟื้อ พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวหรือก้าวร้าวน้อย เป็นต้น[4]

พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา และพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี มาจากแนวคิดที่ว่าอิทธิพลจากเพื่อนระหว่างวัยรุ่นมีความสำคัญและเป็นบวกในการปรับพฤติกรรม พบในการศึกษาเรื่องปัจจัยเชิงสาเหตุแบบบูรณาการของบ้าน สถานศึกษา และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเป็นกัลยาณมิตรของนักศึกษาปริญญาตรี[5]

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีแบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์สำหรับเด็กนักเรียน ที่ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างของแบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ สำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายกับข้อมูลเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างของแบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์สำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์เป็นพฤติกรรมของคนดี อธิบายด้วยทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม ส่วนของดอกและผลไม้บนต้น[4] จากหนังสือพุทธธรรม[6] อธิบายลักษณะของเพื่อนที่ทำตนน่าคบหามีคุณสมบัติ 3 ประการ 1) น่ารัก เป็นลักษณะชวนให้เข้าหา ได้แก่ ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาไพเราะ ใจดี 2) น่าวางใจ น่าเชื่อถือทำให้รู้สึกว่าไม่มีอันตราย ได้แก่ การเก็บความลับของเพื่อน เมื่อเพื่อนเดือดร้อนก็เป็นที่พึ่งของเพื่อนได้ และ 3) น่าเจริญใจ มีภูมิรู้ภูมิธรรม พัฒนาตนดีแล้ว รวมถึงลักษณะการปฏิบัติต่าง ๆ ที่ช่วยให้เพื่อนไม่ถูกชักจูงไปในทางเสื่อมเสียหรือเหลวไหลไม่สมควร โดยช่วยเหลือห้ามปรามหรือตักเตือนเพื่อน ชักชวนและปกป้องเพื่อนจากเรื่องที่ไม่ดีงามทั้งหลาย และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลในการรักษาอารมณ์ที่เคยอยู่ในสภาวะปกติให้คงอยู่ต่อไป และปรับเปลี่ยนอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นให้เป็นอารมณ์เชิงบวก รวมทั้งยับยั้งหรือลดอารมณ์เชิงลบลง[7]

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2565 1) สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 32,000 คน[8] 2) สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 94,000 คน[9] และ 3) สังกัดการศึกษาเอกชน จำนวน 42,000 คน[10]

ตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2565 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดกรุงเทพมหานคร และสังกัดการศึกษาเอกชน การคำนวณขนาดของตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power[11] กำหนดขนาดอิทธิพล คือ .30 ความน่าจะเป็นที่ปฏิเสธสมมุติฐานศูนย์ที่แท้จริง เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .95 ได้ตัวอย่างจำนวน 409 คน เก็บข้อมูลสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาพื้นฐาน 409 คน สังกัดกรุงเทพมหานคร 409 คน และสังกัดการศึกษาเอกชน 410 คน รวมจำนวน 1,228 คน โดยคัดเลือกจากโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนอย่างน้อย 200 คน และทำการจับฉลากโรงเรียน หลังจากนั้นจับฉลากสุ่มห้องเรียนของระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เมื่อได้ห้องเรียน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งห้อง โดยนักเรียนต้องสามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ ผู้ปกครองและนักเรียนให้ความยินยอมในการเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย และนักเรียนมีสมาร์ทโฟน

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สังกัด ระดับชั้น เพศ และอายุ และแบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบวัดละ 20 ประโยค แต่ละประโยคมีมาตรวัด 6 หน่วย จาก "จริงที่สุด" ถึง "ไม่จริงเลย" ข้อความทางบวกให้คะแนน "จริงที่สุด" 6 คะแนน และลดลงจนถึง "ไม่จริงเลย" 1 คะแนน ช่วงของคะแนนในแบบวัดฉบับจริงของพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา 6 ถึง 36 คะแนน นักเรียนที่ได้คะแนนสูง เป็นผู้มีพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหามาก ช่วงของคะแนนในแบบวัดฉบับจริงของพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี 7 ถึง 42 คะแนน นักเรียนที่ได้คะแนนสูง เป็นผู้มีพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดีสูง และช่วงของคะแนนในแบบวัดฉบับจริงของพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ 5 ถึง 30 คะแนน นักเรียนที่ได้คะแนนสูง เป็นผู้มีพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ตนเองมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย 1) นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางจิตวิทยาจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา เกณฑ์ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป 2) ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 3) นำแบบวัดไปตรวจสอบความเที่ยงกับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง สังกัดละ100 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า (1) แบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา ซึ่งผ่านเกณฑ์ 17 ข้อ ค่าเฉลี่ย 73.19 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.703 ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม .123 และ .559 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง 1.136 ถึง 11.670*** และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .653 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้12 (2) แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี ซึ่งผ่านเกณฑ์ 18 ข้อ ค่าเฉลี่ย 83.63 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 12.167 ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม .181 และ .584 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง -6.054*** ถึง 11.63*** และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .840 และ (3) แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ จำนวน 20 ข้อ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 89.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.785 ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม เท่ากับ .038 และ .467 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ในช่วง -1.774 ถึง 9.582*** และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .770 และ 4) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ผลพบว่า แบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ได้ค่า kaiser-meyer-olkin (kmo) measure of sampling adequacy = .749, .842 และ .781 ตามลำดับ ค่า bartlett's test of sphericity ของแบบวัดทั้ง 3 มีนัยสำคัญ (χ^2 = 1223.142, df = 136 sig = .000; χ^2 = 1884.356, df = 153 sig = .000; χ^2 = 1427.504, df = 190 sig = .000 ตามลำดับ) แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน สามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้ จำนวนองค์ประกอบของแบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ที่ค่าไอเกน (eigenvalues) มากกว่า 1 มี 5 องค์ประกอบ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 58.726, 60.395 และ 52.221 ตามลำดับ 5) ปรับปรุงเครื่องมือตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยตัดองค์ประกอบที่มีจำนวนน้อยกว่า 3 ข้อ ข้อความที่มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า .30 ข้อความที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า 1 องค์ประกอบ ข้อความที่มีน้ำหนักองค์ประกอบเป็นลบ และข้อความทางลบที่อ่านแล้วสับสนออก เหลือข้อความของแบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ จำนวน 6, 7 และ 5 ข้อ ตามลำดับ และ 6) นำแบบวัดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 สังกัด รวม 1,228 คน

การรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร คณะผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) ติดต่อกับสถานศึกษาที่เป็นประชากรเป้าหมาย และทำหนังสือขอความร่วมมือและขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล 2) ประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้นของแต่ละโรงเรียนเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการให้กับทางผู้ปกครองและนักเรียนผ่านทางแอพลิเคชั่นไลน์ หรืออีเมล์ โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย และ 3) เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและนักเรียน ให้นักเรียนตอบแบบสอบถามและแบบวัดผ่าน google form โดยผู้วิจัยส่งลิงค์แบบสอบถามและแบบวัดให้กับนักเรียน รวมระยะเวลาในการทำแบบสอบถาม 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของแบบวัด ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์การกระจาย ความเบ้ ความโด่ง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม ค่าสถิติทีเพื่อหาอำนาจจำแนกรายข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเพื่อหาค่าความเที่ยง และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน เพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่หนังสือรับรอง จว. 77/2564 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ รหัสโครงการ E008q/65 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2565 ข้อมูลที่ได้รับจะรักษาเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นนักเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดกรุงเทพมหานคร และสังกัดการศึกษาเอกชน ร้อยละ 33.3, 33.3 และ 33.4 ตามลำดับ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มากที่สุด ร้อยละ 40.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.7 มีอายุ 11 ปี ร้อยละ 40.6

2. ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้

2.1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลการวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา

ตัวแปร	M	ระดับ	SD	Min	Max	C.V.	Sk	Ku	r	t
GOFER 1	4.50	มาก	1.87	1	6	41.56	-.1.03	-.47	.56	-26.97***
GOFER 2	4.47	มาก	1.96	1	6	43.85	-1.00	-.67	.62	-27.67***
GOFER 3	3.99	มาก	1.85	1	6	46.37	-.65	-1.02	.58	-30.03***
GOFER 4	5.15	มาก	1.06	1	6	20.58	-1.58	2.95	.25	-13.43***
GOFER 5	3.73	มาก	1.64	1	6	43.97	-.38	-.93	.43	-19.38***
GOFER 6	3.52	มาก	1.48	1	6	42.05	-.37	-.73	.46	-20.57***
GOFER	**4.23**	**มาก**	**1.11**	**1**	**6**	**26.24**	**-48**	**-.77**	**α = .75**	**-55.62*** **

หมายเหตุ: ***p < .001; n = 1,228; ระดับการให้คะแนน 6 ระดับ GOFER = พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา GOFER 1 = นักเรียนเป็นคนยิ้มแย้มแจ่มใสกับเพื่อน ๆ GOFER 2 = นักเรียนยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือ เมื่อเพื่อนเดือดร้อน GOFER 3 = นักเรียนพูดคุยทักทายเพื่อน ๆ GOFER 4 = นักเรียนรักษาคำพูดที่ให้ไว้กับเพื่อน GOFER 5 = นักเรียนเป็นคนพูดจาไพเราะ GOFER 6 = นักเรียนได้รับการยกย่องจากเพื่อนและครูว่าเป็นที่พึ่งของเพื่อน ๆ ได้

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหามี 6 ตัวแปร ค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับมาก (M = 4.23) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า นักเรียนรักษาคำพูดที่ให้ไว้กับเพื่อน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 5.15) รองลงมาคือ นักเรียนเป็นคนยิ้มแย้มแจ่มใสกับเพื่อน ๆ (M = 4.50) และนักเรียนยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือ เมื่อเพื่อนเดือดร้อน (M = 4.47) ตามลำดับ ตัวแปรมีการกระจายร้อยละ 20.58 – 46.37 ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงเบ้ซ้าย อยู่ในช่วง -1.58 ถึง -.37 ตัวแปรเกือบทุกตัวมีโค้งการแจกแจงของข้อมูลต่ำกว่าโค้งปกติ อยู่ในช่วง -1.02 ถึง -.47 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม อยู่ในช่วง .25 ถึง .62 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ในช่วง -13.43 ถึง -30.03 ระดับความเชื่อมั่น .001

2.2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี

ดังตารางที่ 2 ที่ 2 ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลการวัดพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี

ตัวแปร	M	ระดับ	SD	Min	Max	C.V.	Sk	Ku	r	t
FRPRO 1	4.13	มาก	2.01	1	6	48.67	-.62	-1.24	.63	-25.74***
FRPRO 2	3.56	มาก	1.84	1	6	51.69	-.21	-1.33	.60	-27.60***
FRPRO 3	3.93	มาก	1.81	1	6	46.06	-.56	-1.03	.61	-24.70***
FRPRO 4	4.59	มาก	1.94	1	6	42.27	-1.07	-.51	.66	-26.66***
FRPRO 5	3.97	มาก	1.87	1	6	47.10	-.53	-1.16	.67	-29.81***
FRPRO 6	4.12	มาก	1.91	1	6	46.36	-.66	-1.05	.69	-31.98***
FRPRO 7	4.57	มาก	1.92	1	6	42.01	-1.05	-.52	.63	-23.21***
FRPRO	**4.12**	**มาก**	**1.42**	**1**	**6**	**34.47**	**-.57**	**-.68**	**α = .87**	**-52.60*** **

หมายเหตุ: ***p <.001; n = 1,228; ระดับการให้คะแนน 6 ระดับ FRPRO = พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี FRPRO 1 = นักเรียนห้ามปรามเพื่อน เมื่อรู้ว่าเพื่อนจะโดดเรียน FRPRO 2 = นักเรียนเคยตักเตือนเพื่อนที่ชอบขาดเรียนบ่อย FRPRO 3 = นักเรียนชวนเพื่อนเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ FRPRO 4 = นักเรียนตักเตือนเพื่อน ไม่ให้ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด FRPRO 5 = นักเรียนแนะนำเพื่อนไม่ให้อยู่ใกล้เพื่อนที่มักมีเรื่องวิวาทกับคนอื่น FRPRO 6 = นักเรียนเตือนเพื่อนไม่ให้เอาแบบอย่างที่ไม่ดี เช่น พูดจาดูถูกหรือข่มขู่เพื่อนคนอื่น เป็นต้น FRPRO 7 = นักเรียนตักเตือนเพื่อน ให้ระวังคนแปลกหน้า ที่มาชวนไปทำสิ่งที่สุ่มเสี่ยง

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดีมี 7 ตัวแปร ค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับมาก (M = 4.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า นักเรียนตักเตือนเพื่อน ไม่ให้ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.59) รองลงมาคือ นักเรียนตักเตือนเพื่อน ให้ระวังคนแปลกหน้า ที่มาชวนไปทำสิ่งที่สุ่มเสี่ยง (M = 4.57) และนักเรียนห้ามปรามเพื่อน เมื่อรู้ว่าเพื่อนจะโดดเรียน (M = 4.13) ตามลำดับ ตัวแปรมีการกระจาย ร้อยละ 42.01 – 51.69 ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงเบ้ซ้าย อยู่ในช่วง -1.07 ถึง -.21 ตัวแปรทุกตัวมีโค้งการแจกแจงของข้อมูลต่ำกว่าโค้งปกติ อยู่ในช่วง -1.24 ถึง -.51 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม อยู่ในช่วง .60 ถึง .69 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ในช่วง -23.21 ถึง -31.98 ที่ระดับความเชื่อมั่น .001

2.3 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลการวัดพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์

ตัวแปร	M	ระดับ	SD	Min	Max	C.V.	Sk	Ku	r	t
EMCON 1	3.43	มาก	1.63	1	6	47.52	-.07	-1.07	.42	-19.70***
EMCON 2	3.49	มาก	1.75	1	6	50.14	-.14	-1.25	.62	-31.15***
EMCON 3	2.94	น้อย	1.63	1	6	55.44	.35	-1.03	.51	-25.25***
EMCON 4	3.60	มาก	1.72	1	6	47.78	-.22	-1.15	.41	-23.57***
EMCON 5	3.90	มาก	1.86	1	6	47.69	-.42	-1.24	.45	-23.91***
EMCON	**3.47**	**มาก**	**1.18**	**1**	**6**	**34.01**	**-.04**	**-.70**	**α = .72**	**-52.82*** **

หมายเหตุ: ***p < .001; n = 1,228; ระดับการให้คะแนน 6 ระดับ EMCON = พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ EMCON 1 = นักเรียนนิ่ง เมื่อมีผู้อื่นทำให้นักเรียนโกรธ EMCON 2 = นักเรียนระบ ายความโกรธ โดยการหายใจลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ EMCON 3 = นักเรียนนับหนึ่งถึงสิบหรือถึงร้อย เมื่อรู้สึกโกรธมาก EMCON 4 = เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ นักเรียนจะพยายามคิดหาสาเหตุของความรู้สึกเหล่านั้น EMCON 5 = แม้จะโกรธเพื่อนมากเพียงใด นักเรียนจะไม่ทำร้ายเพื่อนไม่ว่าทางร่างกายหรือจิตใจ

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์มี 5 ตัวแปร ค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับมาก (M = 3.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า แม้จะโกรธเพื่อนมากเพียงใด นักเรียนจะไม่ทำร้ายเพื่อนไม่ว่าทางร่างกายหรือจิตใจ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 3.90) รองลงมาคือ เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ นักเรียนจะพยายามคิดหาสาเหตุของความรู้สึกเหล่านั้น (M = 3.60) และนักเรียนระบายความโกรธ โดยการหายใจลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ (M = 3.49) ตามลำดับ ยกเว้น นักเรียนนับหนึ่งถึงสิบหรือถึงร้อย เมื่อรู้สึกโกรธมาก ค่าเฉลี่ยในระดับน้อย (M = 2.94) ตัวแปรมีการกระจาย ร้อยละ 47.52 – 55.44 ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงเบ้ซ้าย อยู่ในช่วง -.42 ถึง -.07 ยกเว้น นักเรียนนับหนึ่งถึงสิบหรือถึงร้อยเมื่อรู้สึกโกรธมาก มีการแจกแจงเบ้ขวา ตัวแปรทุกตัวมีโค้งการแจกแจงของข้อมูลต่ำกว่าโค้งปกติ อยู่ในช่วง -1.25 ถึง -1.03 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม อยู่ในช่วง .41 ถึง .62 โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ในช่วง -19.70 ถึง -31.15 ที่ระดับความเชื่อมั่น .001

3. ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัด

3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พบว่าตัวแปรที่บ่งชี้องค์ประกอบพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .09 ถึง .56 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกคู่ ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นความสัมพันธ์ทางบวกขนาดต่ำมากถึงปานกลาง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ “นักเรียนเป็นคนยิ้มแย้มแจ่มใสกับเพื่อน ๆ” กับ “นักเรียนยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือ เมื่อเพื่อนเดือดร้อน” และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันต่ำสุดคือ “นักเรียนรักษาคำพูดที่ให้ไว้กับเพื่อน” กับ “นักเรียนเป็นคนพูดจาไพเราะ” เมื่อพิจารณาค่า Bartlett’s Test of Sphericity เท่ากับ 1561.57 (p = .000) และค่าดัชนีไกเซอร์ – ไมเยอร์ –

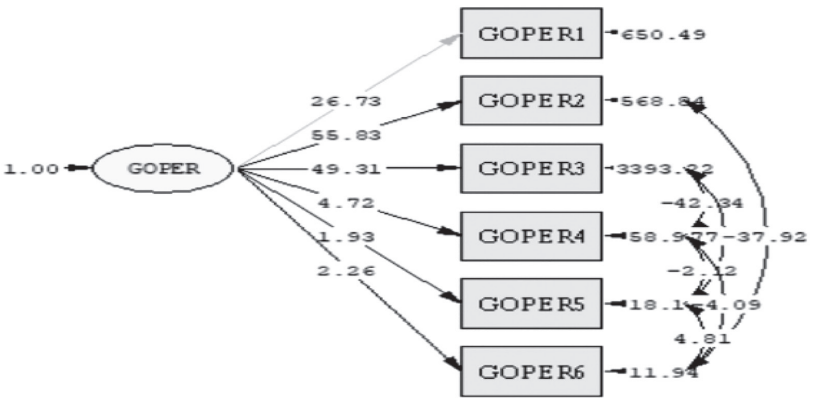
ออลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) เท่ากับ .776 และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา ดังตารางที่ 4 และภาพที่ 1

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา

ตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ		t	R2	ส.ป.ส.คะแนนองค์ประกอบ
	beta	B (SE)			
GOFER 1	.72	26.73		.52	.00
GOFER 2	.92	55.83 (2.22)	25.16**	.85	.01
GOFER 3	.65	49.31 (2.24)	21.97**	.42	.00
GOFER 4	.52	4.72 (.27)	17.25**	.27	.01
GOFER 5	.41	1.93 (.14)	13.66**	.17	-.01
GOFER 6	.55	2.26 (.15)	15.02**	.30	.06

(χ^2 = 4.90, df = 3, p = .18, CFI = 1.00, GFI = 1.00, AGFI = .99, RMSEA = .023

หมายเหตุ: **p < .01



Chi-Square = 4.90, df = 3, P-value = .18, RMSEA = .023

ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลการวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา

จากตารางที่ 4 และภาพที่ 1 หลังจากทำการปรับโมเดลให้ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ พบว่า โมเดลของพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี พิจารณาได้จากค่าไคสแควร์ (χ^2 = 4.90, df = 3, p = .18) ซึ่งแตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .99 และค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ .023 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สำหรับค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกตัวแปรเป็นบวก มีขนาดตั้งแต่ .41 ถึง .92 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ นักเรียนยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือ น้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .92 และมีความแปรปรวนร่วมกับพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา ร้อยละ 85.00 รองลงมาคือ นักเรียนเป็นคนยิ้มแย้มแจ่มใสกับเพื่อน ๆ มีน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .72 แปรผันร่วมกับพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา ร้อยละ 52.00 ตามลำดับ และตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุด คือ นักเรียนเป็นคนพูดจาไพเราะ น้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 41 และมีความแปรผันร่วมกับพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา ร้อยละ 17.00

3.2 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี

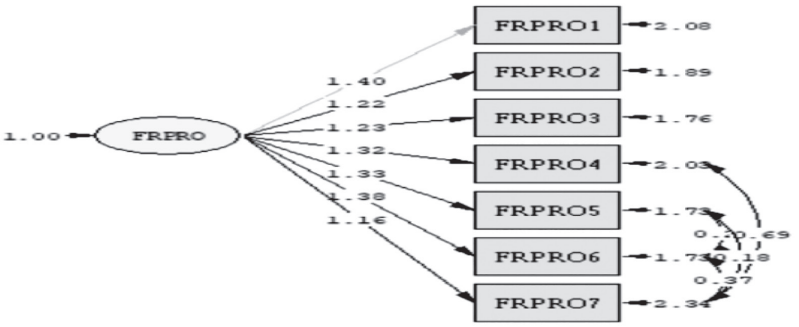
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี ตัวแปรที่บ่งชี้องค์ประกอบพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .39 ถึง .59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกคู่ ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นความสัมพันธ์ทางบวกขนาดต่ำถึงปานกลาง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ “นักเรียนตักเตือนเพื่อน ไม่ให้ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด” กับ “นักเรียนยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือ เมื่อเพื่อนเดือดร้อน” และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันต่ำสุดคือ “นักเรียนชวนเพื่อนเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์” กับ “นักเรียนตักเตือนเพื่อน ให้ระวังคนแปลกหน้า ที่มาชวนไปทำสิ่งที่สุ่มเสี่ยง” เมื่อพิจารณาค่า Bartlett’s Test of Sphericity เท่ากับ 3343.114 (p = .000) และค่าดัชนีไกเซอร์ – ไมเยอร์ – ออลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) เท่ากับ .897 และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันดังแสดงในตารางที่ 5 ดังภาพที่ 2

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี

ตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ		t	R2	ส.ป.ส.คะแนนองค์ประกอบ
	beta	B (SE)			
FRPRO1	.70	1.40		.49	.11
FRPRO2	.66	1.22 (.06)	20.33**	.44	.10
FRPRO3	.68	1.23 (.06)	20.81**	.46	.11
FRPRO4	.68	1.32 (.06)	20.72**	.46	.09
FRPRO5	.71	1.33 (.06)	21.07**	.51	.10
FRPRO6	.72	1.38 (.06)	21.43**	.53	.10
FRPRO7	.60	1.16 (.06)	17.83**	.36	.03

(χ^2 = 12.34, df = 10, p = .26, CFI =1.00, GFI = 1.00, AGFI = .99, RMSEA = .014

หมายเหตุ: **p < .01



Chi-Square = 12.34, df = 10, P-value = .26, RMSEA = .014

ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลการวัดพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี

จากตารางที่ 5 และภาพที่ 2 หลังจากทำการปรับโมเดลให้ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ พบว่า โมเดลของพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี พิจารณาได้จากค่าไคสแควร์ (χ^2 = 12.34, df = 10, p = .26) ซึ่งแตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .99 และค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ .014 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สำหรับค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกตัวแปรเป็นบวก มีขนาดตั้งแต่ .60 ถึง .72 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัว ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ นักเรียนเตือนเพื่อนไม่ให้เอาแบบอย่างที่ไม่ดี เช่น พูดจาดูถูกหรือข่มขู่เพื่อนคนอื่น เป็นต้น ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .72 แปรปรวนร่วมกับพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี ร้อยละ 53.00 รองลงมาคือ นักเรียนห้ามปรามเพื่อน เมื่อรู้ว่าเพื่อนจะโดดเรียน มีน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .70 มีความแปรผันร่วมกับพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี ร้อยละ 49.00 ตามลำดับ และตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุด คือ นักเรียนตักเตือนเพื่อน ให้ระวังคนแปลกหน้า ที่มาชวนไปทำสิ่งที่สุ่มเสี่ยง ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .60 และมีความแปรผันร่วมกับพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี ร้อยละ 36.00

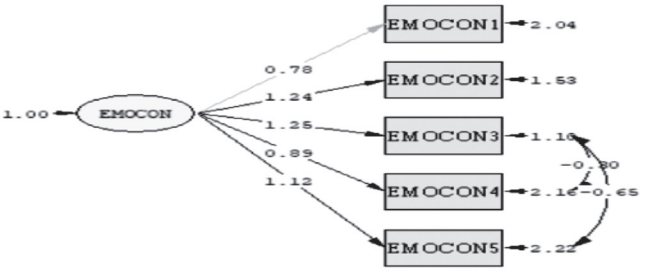
3.3 แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ พบว่า ตัวแปรที่บ่งชี้องค์ประกอบพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .21 ถึง .55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกคู่ ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นความสัมพันธ์ทางบวกขนาดต่ำถึงปานกลาง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ "นักเรียนระบายความโกรธ โดยการหายใจลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ" กับ "นักเรียนนับหนึ่งถึงสิบหรือถึงร้อย เมื่อรู้สึกโกรธมาก" และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันต่ำสุดคือ "นักเรียนนิ่ง เมื่อมีผู้อื่นทำให้นักเรียนโกรธ" กับ "เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ นักเรียนจะพยายามคิดหาสาเหตุของความรู้สึกเหล่านั้น" เมื่อพิจารณาค่า Bartlett's Test of Sphericity เท่ากับ 1182.31 (p = .000) และค่าดัชนีไกเซอร์–ไมเยอร์–ออลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) เท่ากับ .743 และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ดังตารางที่ 6 ภาพที่ 3

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์

ตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ		t	R2	ส.ป.ส.คะแนนองค์ประกอบ
	beta	B (SE)			
EC 1	.48	.78		.23	.06
EC 2	.71	1.24 (.08)	15.17**	.50	.12
EC 3	.77	1.25 (.10)	12.89**	.59	.30
EC 4	.52	.89 (.08)	11.56**	.27	.10
EC 5	.60	1.12 (.09)	12.31**	.36	.16
(χ^2 = 6.42, df = 3, p = .093, CFI = 1.00, GFI = 1.00, AGFI = .99, RMSEA = .030					

หมายเหตุ: **p < .01



Chi-Square = 6.42, df = 3, P-value = .093, RMSEA = .030

ภาพที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลการวัดพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์

จากตารางที่ 6 และภาพที่ 3 หลังจากทำการปรับโมเดลให้ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ พบว่าโมเดลของพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี พิจารณาได้จากค่าไคสแควร์ (χ^2 = 6.42, df = 3, p = .093) ซึ่งแตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .99 และค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ .030 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สำหรับค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกตัวแปรเป็นบวก มีขนาดตั้งแต่ .48 ถึง .77 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัว ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ นักเรียนนับหนึ่งถึงสิบหรือถึงร้อย เมื่อรู้สึกโกรธมาก น้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .77 และมีความแปรปรวนร่วมกับพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ร้อยละ 59.00 รองลงมาคือ นักเรียนระบายความโกรธ โดยการหายใจลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ มีน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .71 มีความแปรผันร่วมกับพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ร้อยละ 50.00 ตามลำดับ และตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุด นักเรียนนิ่ง เมื่อมีผู้อื่นทำให้นักเรียนโกรธ น้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .48 และมีความแปรผันร่วมกับพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ร้อยละ 23.00

การอภิปรายผลการวิจัย

แบบวัดพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ มีองค์ประกอบเดียว และหลังจากการปรับโมเดลให้ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ พบว่าโมเดลโครงสร้างของแบบวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามีความสอดคล้องและมีความชัดเจนสูง ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งโดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก ซึ่งข้อมูลของตัวแปรสูงกว่าค่าเฉลี่ยและค่าความเบ้ และความโด่ง ส่วนใหญ่ไม่เกิน ±2 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม มากกว่า .20 ขึ้นไป และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดทั้งฉบับมากกว่า .65[12] ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .001 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันของตัวแปรทุกคู่ในทุกแบบวัด เป็นความสัมพันธ์ทางบวกขนาดต่ำมากถึงขนาดปานกลาง แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกคู่

ขณะที่การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ทำเพื่อประเมินความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่าค่า Bartlett's Test of Sphericity แสดงถึง เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญ และค่าดัชนีไกเซอร์ – ไมเยอร์ – ออลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรสังเกตได้ของข้อมูลมีความสัมพันธ์กันมากพอที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันหลังปรับโมเดลแล้ว พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกตัวแปรเป็นบวก และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัว[14,15] แสดงให้เห็นว่าตัวแปรในแต่ละแบบวัดเป็นตัวแปรสำคัญ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ขนาดของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดใหญ่ จำนวน 1,228 คน และครอบคลุมทุกสังกัดและทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งสามารถสรุปอ้างอิงไปยังนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่สรุปอ้างอิงได้เฉพาะในกรุงเทพมหานครเท่านั้น นอกจากนี้เครื่องมือเหล่านี้มีความเหมาะสมกับเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา เนื่องจากแบบวัดเป็นฉบับสั้น โดยมีจำนวน 5-7 ข้อเท่านั้น และผลการวิเคราะห์ความเที่ยง มากกว่า .7013 ผลการศึกษานี้ให้หลักฐานของเครื่องมือที่มีคุณภาพ ทั้งด้านความตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยง เพื่อนำไปใช้วัดพฤติกรรมทางบวกของนักเรียน ในการป้องกันความรุนแรงต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ถึงแม้ว่าแบบวัดมีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะกับวัยของเด็กและมีคุณภาพ ก่อนนำแบบวัดไปใช้ ควรตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทที่ศึกษาด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และทดสอบความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดลเชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์

References

1. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. Pediatrics; 2016; 137(3): 1-13.

2. Girmen P, Kaya MF, Kilic Z. Violence at primary schools and its reflections on the press and the visual media in Turkey. International Journal of Research in Education and Science; 2018; 4(2): 703-13.
3. Graham CC. The effects of a violence prevention intervention on prosocial behavior and perception of school safety (Doctoral dissertation). Duquesne University; 2012.
4. Bhanthumnavin D, Meekhun K, Waninthanon N. Teachers and the promotion of ethics to students, questions, and answers. Thai Behavioral System Development Research Center Project mission and research coordination, National Research Council of Thailand, Bangkok; 2013. (in Thai)
5. Suwaanachote, K. Integrated causal factors of home, educational institution, and mental characteristics related to friendly behavior of undergraduate students. Term paper, Faculty of Social Development National Institute of Development Administration; 2005. (in Thai)
6. Phra Phromkunaphon PA Payutto. Expanded version of Buddhadhamma, Bangkok: Plitham Publishing House; 1999. (in Thai)
7. Thompson RA. Emotional Regulation: A theme in search of definition. Monographs of the society for research in child development; 1994; 15(2-3): 25-52.
8. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Education. Information on schools under the Office of the Basic Education Commission; 2020. (in Thai)
9. Education Bureau. Statistics report, academic year 2021, schools under Bangkok. Bangkok: Phot Cardboard Shop; 2021. (in Thai)
10. Office of the Private Education Commission. Private education statistics for the year 2019. (in Thai)
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). Hillsdale, NJ Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
12. Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. Research in science education. 2018; 48(6): 1273-96.
13. de Vellis RF. Scale development theory and applications. (2nd ed., Vol. 26). Thousand Oaks, CA Sage Publications; 2003.
14. Chongjarearn A, Ponathong, C, & Yongson, C. The confermatory factor analysis of nursing students' caring characteristics. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19 (Supplement): 354-63. (in Thai)
15. Petsirasan, R & Tantrasenerat. A confirmatory factor analysis of self-directed learning rediness scale amomg nursing students at a University in Nakhon Si Thammarat. Journal of the Police Nurses. 2016; 8(2): 182-91. (in Thai)

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัย: การศึกษาเชิงคุณภาพ

Fathers' involvement in early childhood care: A Qualitative Study

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์[1] อติญาณ์ ศรเกษตริน[2] จุฬารัตน์ ห้าวหาญ*[3] วารุณี เกตุอินทร์[2] พัชรี ชูกันหอม[4]

Atcharawadee Sriyasak[1] Atiya Sarakashetrin[2] Chularat Howharn*[3] Varunee Ket-in[2] Patcharee Chookunhom[4]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 95000

[1]Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute 95000

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย 11000

[2]Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute 11000

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 11000

[3]Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute 11000

[4]วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 76000

[4]Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute 76000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 5 ผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 32 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยบิดาที่มีบุตรอยู่ในช่วงปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลอิ่มตัว จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัย ให้มุมมอง 3 ประเด็นหลักประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ 2) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร และ3) ความต้องการช่วยเหลือและสนับสนุน ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เพื่อปรับรูปแบบการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรที่เหมาะสมและจัดสิทธิประโยชน์ให้สอดคล้องกับความต้องการของบิดา

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของบิดา เด็กปฐมวัย การดูแลเด็กปฐมวัย วิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This descriptive qualitative research aimed to explain fathers' involvement in early childhood care in Health Region 5. A total of 32 people were selected by the purposive method. The informants included fathers who had children aged 3-5 years, a person in charge of child development in subdistrict health promoting hospital, and teacher in a child development center. Semi-structured interviews were used as a tool and for data collection until the information was saturated. The tool was verified by an expert. The data were transcribed verbatims and analyzed using the content analysis method.

Corresponding author: howharn@gmail.com

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัย: การศึกษาเชิงคุณภาพ

Fathers' involvement in early childhood care: A Qualitative Study

วันที่รับ (received) 11 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 มี.ค. 2567

The results revealed the perspectives of fathers' involvement in early childhood care that provided three main perspectives: 1) shared responsibility 2) interaction with children and 3) needs for help and support

Recommendations: This knowledge can be used to adapt the appropriate involvement of fathers in child care and the right to be in line with the needs of the father.

Keyword: Fathers' involvement, Early childhood, Early childcare, A qualitative study

บทนำ

เด็กปฐมวัยคือวัยทองของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการวางรากฐานคุณภาพชีวิตของเด็กและส่งเสริมพัฒนาการ เนื่องจากเป็นวัยที่สำคัญสำหรับพัฒนาการทางร่างกาย สังคม อารมณ์ รวมทั้งสติปัญญาปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรในวัยเด็กลดน้อยลงแต่มีประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการพัฒนาคนให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย[1] จากการสุ่มสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้เครื่องมือ DSPM ทุกๆ 3 ปีพบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง (ปี 2560 ร้อยละ 76.78 ปี 2563 ร้อยละ 53.1) ซึ่งมีอัตราต่ำกว่าองค์การอนามัยโลกที่กำหนดว่าร้อยละ 80.00 - 85.00 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัยและไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดไว้ ร้อยละ 85.00[2] สำหรับสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดราชบุรี นครปฐม สมุทรสงคราม สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี กาญจนบุรี และเพชรบุรี ในปี 2564 พบพัฒนาการสมวัยร้อยละ 73.10 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 26.90 โดยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง[3] บิดาและมารดาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กและส่งเสริมพัฒนาการรอบด้านของเด็กในช่วงปฐมวัยเนื่องจากเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด ผูกพัน เข้าใจพฤติกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับ เด็กมากที่สุดรวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย[4] ผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลเด็กมากที่สุดคือ มารดา ญาติและบิดา[5] และในปัจจุบันพบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเนื่องจากช่วงกลางวันผู้ปกครองส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้าน[1]

ในหลายศตวรรษที่ผ่านมาบทบาทบิดาไทยเหมือนกับบทบาทบิดาในสังคมอื่น ๆ ทั่วโลกคือทำหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัว บรรทัดฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมและความรับผิดชอบของผู้ชายมีการเปลี่ยนแปลงไม่เฉพาะ แต่ในเอเชีย[6] แต่ในสหรัฐอเมริกาและยุโรป[7] เช่นกัน ผู้ชายส่วนใหญ่ยังทำหน้าที่หลักในการหาเลี้ยงครอบครัว แต่ถูกคาดหวังให้เลี้ยงดูบุตรเพิ่มมากขึ้น ตามแนวคิดของดูวาลล์ [8] และแลมป์[9] บทบาทการเลี้ยงดูบุตร (Caregiving role) เป็นบทบาทที่สำคัญในการที่บิดาให้การดูแลบุตรทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และแนวคิดที่ใช้อธิบายปฏิสัมพันธ์ของบิดาต่อพัฒนาการเด็ก[10] ที่พบว่าบิดามีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กซึ่งมีความสำคัญเท่ากับบทบาทมารดา การมีส่วนร่วมของบิดาส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก มีการศึกษาในหลายปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของบิดาส่งผลต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ รวมถึงพัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กก่อนวัยเรียน[11] ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกของการมีส่วนร่วมของพ่อ อย่างไรก็ตามการวิจัยเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัดและเป็นการศึกษาเชิงปริมาณในระยะหลังบุตรเกิด 6-8 สัปดาห์ [12] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลดูแลบุตรช่วงปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรช่วง 3-5 ปีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 32 ราย

จากตัวแทน 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 คือจังหวัดเพชรบุรี สุพรรณบุรี สมุทรสงคราม และนครปฐม ประกอบไปด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดละ 2 ท่าน รวมเป็น 8 ท่าน 2) ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กศูนย์ละ 2 ท่าน รวมเป็น 8 ท่าน และ3) ตัวแทนบิดาที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจังหวัดละ 4 ท่าน รวมเป็น 16 ท่าน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าดังนี้ 1) เป็นเพศชายและมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2) สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี 3) ปฏิบัติงานหรือมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว เกณฑ์ในการคัดออก คือ ย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่หรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมในประเด็นที่จะศึกษา กรอบแนวคิด จากการทบทวนวรรณกรรม ที่ได้นำมาสร้างเป็นข้อคำถามประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยและตีพิมพ์งานวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในและต่างประเทศ อย่างไรก็ตามตลอดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผู้วิจัยถอดความตามคำพูด โดยไม่แปลตามความคิดของตนเอง หรือ จากการสังเกตในขณะที่สัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมืออื่นๆที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) เครื่องบันทึกเสียง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกภาคสนามใช้บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีหลังการสัมภาษณ์สิ้นสุดลงทันที เพื่อบันทึกสถานการณ์ที่สังเกตได้ขณะสัมภาษณ์ว่ามีอิทธิพลต่อผู้ให้ข้อมูลอย่างไร รวมทั้งสังเกตการแสดงออกต่าง ๆ สีหน้า ท่าทาง การปฏิบัติตัวและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ให้ข้อมูล 4) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interviews) แบบกึ่งโครงสร้าง โดยลักษณะของแนวคำถามจะเป็นคำถามปลายเปิดและไม่เป็นคำถามนำที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เช่นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรเป็นอย่างไรหรือควรเป็นอย่างไร กิจกรรมหรือความรับผิดชอบในการดูแลบุตรของบิดาทำอย่างไรหรือควรเป็นอย่างไร แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบไปด้วยกุมารแพทย์ จำนวน 1 ท่าน นักจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทดลองใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 3 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของแนวคำถามก่อนนำมาเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี (PCKCN REC22/2565 ลว.3 ตุลาคม 2565) และยึดหลักการเคารพในตัวบุคคล หลักสิทธิประโยชน์ และหลักความยุติธรรม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับ การตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการใช้รหัสแทนการใช้ชื่อจริงในการเผยแพร่และมีการนำเสนอในภาพรวม ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการเข้าร่วมและ ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และเทปบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 2 ปีเมื่อรายงานผลการศึกษาเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตขอเก็บข้อมูลวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) แบบ Face to Face และแบบ Online และหากไม่สบายใจในการตอบคำถามสามารถที่จะเลี่ยงไม่ตอบคำถามในประเด็นนั้นได้ และมีการถามเพื่อติดตามประเด็นที่เกิดขึ้นใหม่ (probing questions) หรือประเด็นที่ไม่ชัดเจนในขณะสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีในระหว่างการสัมภาษณ์มีการบันทึกภาคสนาม (field note) และภายหลังการสัมภาษณ์มีการบันทึกความรู้สึกสะท้อนคิด (reflective journal) เพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นได้จากการวิจัย

การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้และคุณภาพของข้อมูล (Trustworthiness) ตามแนวคิดของลินคอนและกูบา[13] มีดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการกำหนดประเด็น (Theme) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเป็นระยะ ๆ และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบความถูกต้องและความอิ่มตัวของข้อมูล 2) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น

(Dependability) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระจากนั้นนำประเด็นมาอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมทำวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลเด็กและการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพิจารณาประเด็นหลักและสาระเพื่อให้ไปในทางเดียวกัน 3) การนำไปใช้ (Transferability) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความแตกต่างทางด้านข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเพื่อให้ผู้อ่านเลือกในการนำไปประยุกต์ใช้ 4) การยืนยันข้อมูล (Confirmability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ไว้ในโปรแกรม[15] เพื่อให้ตรวจสอบข้อมูลได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยทำความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาภาพรวมโดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย 2) กำหนดรหัส (Code) จากคำ ประโยค และย่อหน้าซึ่งสะท้อนถึงความหมายสำคัญของผู้ให้ข้อมูล[14] เกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตร จากนั้นนำรหัสที่มีเหมือนกันมาสร้างประเด็นย่อย(Sub-themes) 3) ขั้นตอนสุดท้ายเชื่อมโยงกันระหว่างประเด็นย่อย (Sub-themes) ที่สะท้อนการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตร และก็มีการจัดระเบียบให้เป็นประเด็น (Themes)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัยสรุปเป็นประเด็นหลักได้ 3 ประเด็นดังนี้

1. การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ

ผู้ให้ข้อมูลให้มุมมองการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัยคือการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจและจัดหาทรัพยากรและช่วยรับผิดชอบแบ่งเบาภรรยาในการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย

1.1 ด้านเศรษฐกิจและจัดหาทรัพยากร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการมีส่วนร่วมของบิดาเป็นการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการหาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลักเพื่อที่จะได้มีเงินในการจัดหาสิ่งของในการดูแลบุตรเช่นการจัดหาอาหารและสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลบุตร ดังคำกล่าวที่ว่า

"ในศูนย์ฯ จะมีโครงการกินกอด เล่น เล่า เป็นกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงให้สำหรับคุณพ่อ คุณแม่ ได้ใกล้ชิดกับลูก แต่คุณพ่อจะหาเวลาว่างค่อนข้างยาก เนื่องจากคุณพ่อต้องไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลักและทิ้งหน้าที่ตรงนี้ให้กับแม่เป็นคนดูแล" (T-01-1)

"ในฐานะพ่อก็จะรับผิดชอบเรื่องหาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลัก เพื่อที่จะได้มีเงินในการซื้ออาหาร สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับลูก" (F-02-2)

1.2 แบ่งเบาภรรยาในการทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่านอกเหนือจากการหาเลี้ยงครอบครัว ยังมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการช่วยแบ่งเบางานบ้าน และช่วยดูแลบุตรโดยไม่ได้คิดว่าการทำหน้าที่ดังกล่าวเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ดังคำกล่าวที่ว่า

"...ส่วนมากจะไปด้วยกันทำด้วยกันครับไม่ได้แบ่งว่าต้องทำอะไร อย่างบางวันที่แฟนทำงานเข้ากะกลางคืนผมก็จะทำหน้าที่แทนเขาหมดเลยทุกอย่าง เราไม่ได้แบ่งหน้าที่กันชัดเจน ไม่ได้คิดว่าหน้าที่นี้เป็นของผู้หญิงเพราะว่าเราต้องช่วยแบ่งเบากันเนื่องจากต้องทำงานนอกบ้านทั้งคู่..." (F-03-2)

"...บางทีช่วงเช้าเขาเตรียมเสื้อผ้า ผมก็ไปส่งลูกที่ รร. ไปรับกลับและมาอยู่กับพ่อที่ทำงาน เนื่องจากทำงานนอกบ้านกันทั้งสองคน เราก็จะแบ่งหน้าที่กันอย่างนี้ บางครั้งผมก็จะหาข้าวให้กินบางทีเขาก็หลับไปเอง... ส่วนมากจะเป็นแม่เขาที่เตรียมเสื้อผ้า บางทีพ่อก็รีดให้ บางทีแม่เขาไม่ไหวก็จะเป็นพ่อทำ ก็ไม่ได้อายใครเขานะ ผมคิดว่าเป็นหน้าที่พ่อเหมือนกัน..." (F-04-1)

2. การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัยในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรที่ประกอบไปด้วยการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลทางด้านร่างกาย และการเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย

2.1 การส่งเสริมพัฒนาการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัยโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรที่ประกอบไปด้วยการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้ภาษาและด้านการเข้าใจภาษา รวมถึงการฝึกวินัย ดังคำกล่าวที่ว่า

"การส่งเสริมพัฒนาการก็จะสอดแทรกไปกับวิถีชีวิตเช่นที่บ้านเราทำมะพร้าว ก็จะพาเขาเข้าไปสวนด้วย ให้เขาเอามะพร้าวโยนใส่ตะกร้า ออกแรงนิด ๆ หน่อย ๆ ก็ฝึกพัฒนาการไปแบบลูกชาวสวนครับ" (F-04-2) *"ส่งเสริมพัฒนาการลูกโดยการซื้อของเล่นมาให้วาด สอนให้อ่านหนังสือ ฝึกให้เขียน ท่องเลข ก็จะทำสิ่งเหล่านี้อยู่เป็นประจำ ...นอกจากนี้ก็จะประเมินพัฒนาการจากครูที่โรงเรียนให้เอกสารมา..."*

(F-03-1) *"หัดให้ท่องก. ไก่ หัดให้นับเลข การนับจำนวน เขาจะไปเก่งเรื่องพวกรถดั๊ม รถสิบล้อ ผมก็จะสอนภาษาเขาไปด้วยเช่น รถดั๊ม (Truck)... แมว ภาษาอังกฤษ Cat พยายามให้เด็กเรียนรู้จากในชีวิตประจำวัน เพราะตัวผมเองก็เหมือนกัน ถ้าจะให้ท่องจำทำไม่ได้ อย่างอ่านหนังสือเหมือนกัน ถามตอบแบบนี้มันจะจำง่ายกว่าครับ ก็เลยใช้ตัวเองเป็นเกณฑ์ในระดับหนึ่งในการเลี้ยงลูก"* (F-02-2) *"ฝึกวินัยเช่นให้เล่นโทรศัพท์มือถือไม่เกิน 2 ชม. ...ให้เข้านอนตรงเวลา ก็จะมีเล่นกับเขาด้วย และพาไปเที่ยวอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง อาทิตย์นี้ก็จะไปดูสัตว์ที่วัดบางกุ้ง"* (F-01-1)

2.2 การดูแลทางด้านร่างกาย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัยโดยการดูแลทางด้านร่างกายที่ประกอบไปด้วยการอาบน้ำบุตร การเล่นกับบุตรและพาบุตรไปเที่ยวนอกสถานที่ ดังคำกล่าวที่ว่า *"กิจกรรมที่ทำได้ดีที่สุดจะเป็นเรื่องการอาบน้ำเนื่องจากเด็ก ๆ ให้ความร่วมมือดีมาก อาบกัน 3 คนพ่อลูกก็จะมันส์กันมาก"* (F-02-1) *"ส่วนใหญ่เล่นกับลูกก็มักจะชอบเล่นผาดโผน เช่น ปั่นจักรยาน เตะฟุตบอล ปีนป่าย... เนื่องจากส่วนใหญ่เพื่อนแถวบ้านเป็นแต่เด็กผู้ชาย"* (F-04-1) *"จะหัดให้เขาว่ายน้ำ เล่นน้ำคลองบ้าง อยากเล่นขี้เลนขี้ดินก็ปล่อยให้เล่น หัดให้เลอะ เพื่อเพิ่มประสบการณ์"* (F-03-2)

2.3 การเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัยโดยการเป็นที่พึ่งด้านจิตใจประกอบไปด้วย การเป็นที่ปรึกษา การให้การปลอบโยน และการเข้าใจสภาพอารมณ์ของบุตร ดังคำกล่าวที่ว่า *"อยู่กับลูกเหมือนเป็นพี่น้องกัน ไม่อยากให้ลูกคิดว่าเป็นพ่อต้องดุอะไรแบบนี้ครับ เล่นกันเหมือนเพื่อนดีกว่า เวลาที่มีปัญหาอะไรเขาจะได้ปรึกษาเราได้ ถ้าไม่งั้นเด็กจะรู้สึกเกร็งและกลัวพ่อ บางครั้งเด็กจะกลัวพ่อด่าก็ไม่กล้าที่จะปรึกษา"* (F-02-1) *"..อบรมสั่งสอนเขา... ก็พยายามเข้าใจอารมณ์ของลูก เวลาที่เขาโมโหร้าย เราก็จะดุเขาเขาก็จะร้อง ก็จะไม่โอ๋ปล่อยให้เขาคิด อย่างไปงานวัดเขาอยากได้ของเล่นเราก็บอกไม่เอา เขาจะชักดิ้นชักงอ.....เราก็จะอุ้มเขาออกไปด้านหลัง เขาจะร้องสักพักหนึ่งแล้วเขาก็จะเงียบไปเอง"* (F-01-1)

3. ความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนในการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตร ในด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิทธิประโยชน์

3.1 ด้านข้อมูลข่าวสาร

ผู้ให้ข้อมูลต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมพัฒนาการและการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วย *"ต้องการสื่อที่เป็นตัวอย่างเกี่ยวกับบทบาทบิดาที่สามารถทำได้ในการดูแลบุตรในแต่ละช่วงวัย"* (H-02-1) *"อยากให้เจ้าหน้าที่มาให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเด็ก หรือการดูแลเมื่อเด็กมีการเจ็บป่วย"* (T-04-1)

3.2 ด้านสิทธิประโยชน์

ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้หน่วยงานของรัฐตระหนักเกี่ยวกับการได้รับสิทธิในการลาที่เพิ่มขึ้นเพื่อช่วยภรรยาดูแลบุตรและ งบประมาณในการจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างบิดาและบุตร *"ต้องการให้หน่วยงานของรัฐเห็นความสำคัญของบิดาในการดูแลบุตรร่วมกับมารดา มีระเบียบให้บิดาลาดูแลบุตรได้"* (S-02-1) *"ขอเสนอแนะว่าควรมีวันลาให้สามี ที่ภรรยาคลอดบุตรประมาณ 1-3 เดือน โดยได้รับเงินเดือน"* (H-04-2) *"อยากได้งบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำกิจกรรมระหว่างบิดาและบุตร เช่นการตั้งแคมป์ค้างคืนเหมือนค่ายลูกเสือ ให้เข้าค่ายครอบครัวเพื่อกระชับความสัมพันธ์ เพื่อให้พ่อแม่ได้เข้ามาเข้าค่ายครอบครัว ที่จะทำให้เขามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น"* (S-04-2)

3.3 ด้านขวัญกำลังใจ

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการให้ขวัญกำลังใจกับบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรจะช่วยให้บิดารู้สึกภาคภูมิใจและมีกำลังใจในการดูแลบุตร *"ควรมีการให้รางวัลบิดาที่ดูแลบุตรได้เป็นอย่างดี โดยให้เป็นพ่อตัวอย่าง มีโล่รางวัล ใบประกาศเพื่อให้พ่อรู้สึกภาคภูมิใจ รวมทั้งเป็นขวัญและกำลังใจ"* (H-02-1)

การอภิปรายผลการวิจัย

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัยตามมุมมองการรับรู้ของบิดา ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ ผู้รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีประเด็นที่สำคัญ 3 ประเด็น ประกอบด้วย

การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจและจัดหาทรัพยากร โดยการหาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลักเพื่อที่จะได้มีเงินในการจัดหาสิ่งของในการดูแลบุตรเช่นการจัดหาอาหารและสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น

ในการดูแลบุตรและช่วยรับผิดชอบแบ่งเบาภรรยาในการทำกิจวัตรประจำวันโดยมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการช่วยแบ่งเบางานบ้าน และช่วยดูแลบุตรโดยไม่ได้คิดว่าการทำหน้าที่ดังกล่าวเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ซึ่งตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของแลมป์[9] ได้กล่าวว่าการแสดงความรับผิดชอบ (responsibility) เป็นวิธีการมีส่วนร่วมที่บิดามีความรับผิดชอบในการจัดหาทรัพยากรต่าง ๆ ให้พร้อมเพื่อดูแลบุตร ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของบิดาในการหาเลี้ยงครอบครัว (providing role) โดยบิดาจะมีการจัดเตรียมด้านการเงินเพื่อหาเลี้ยง ครอบครัว การจัดเตรียมสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น สำหรับการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า บิดายังเน้นการหารายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัวเป็นอันดับแรกและการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรและช่วยเหลืองานบ้านเป็นอันดับสอง[16,17] ซึ่งในสังคมไทยก็เหมือนกับหลายประเทศในเอเชียที่บิดายังเป็นผู้หารายได้หลักในครอบครัว[18, 19] ซึ่งเป็นบทบาทหญิงชายแบบดั้งเดิม (traditional gender roles) และแนวคิด แบบแผนนิยมใหม่ (neotraditional model) ที่บิดาให้ความสำคัญกับการหาเลี้ยงครอบครัวและพึ่งพาภรรยาในการดูแลบุตร[20]

2) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็กปฐมวัยโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรที่ประกอบไปด้วยการส่งเสริมพัฒนาการ ประกอบไปด้วยการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้ภาษา และด้านการเข้าใจภาษา รวมถึงการฝึกวินัย การดูแลทางด้านร่างกายโดยการดูแลทางด้านร่างกายที่ประกอบไปด้วยการอาบน้ำบุตร การเล่นกับบุตรและพาบุตรไปเที่ยวนอกสถานที่ และการเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจประกอบไปด้วย การเป็นที่ปรึกษา การให้การปลอบโยน และการเข้าใจสภาพอารมณ์ของบุตร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของแลมป์[9] เกี่ยวกับการเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ (engagement) คือ การที่บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ต่อผู้เป็นมารดาและบุตร เช่น การป้อนอาหาร การอาบน้ำ การเล่น การพูดคุยหรือหยอกล้อ กับบุตร[21] ซึ่งจากสภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ภรรยามีส่วนช่วยหารายได้จุนเจือครอบครัวในทำนองเดียวกันสามีก็มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรหรือช่วยภรรยาในการทำงานบ้านมากขึ้น บทบาทหนึ่งของบิดาในการเลี้ยงดูบุตร (caregiving role) เป็นบทบาทที่บิดาจะให้การดูแลบุตรทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ[22] และสอดคล้องกับการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการเรียนรู้ที่บ้านมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (X = 3.87, SD = .71)[23] ซึ่งปฏิสัมพันธ์ที่บิดามีต่อบุตรเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรที่บ้าน

3) ความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนในการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรประกอบไปด้วยความต้องการในด้านข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ และการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยและด้านสิทธิประโยชน์ ต้องการให้หน่วยงานของรัฐตระหนักเกี่ยวกับการได้รับสิทธิในการลาที่เพิ่มขึ้นเพื่อช่วยภรรยาดูแลบุตร งบประมาณในการจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างบิดาและบุตรและการส่งเสริมขวัญและกำลังใจ ซึ่งความต้องการการช่วยเหลือสอดคล้องกับการที่สังคมไทยได้เปิดโอกาสให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรเพิ่มมากขึ้นโดยรัฐบาลได้ให้สิทธิข้าราชการชายลาไปดูแลภรรยาและบุตรได้ 15 วัน ตามราชกิจจานุเบกษา อย่างไรก็ตามปัจจุบันผู้ชายต้องการสิทธิในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบิดาและมารดามีความรู้สึกรับผิดชอบเท่าเทียมกันในการดูแลบุตร และในกรณีที่บุตรเจ็บป่วยก็ช่วยกันรับผิดชอบในการดูแลบุตร[16] ดังนั้นจึงมีความต้องการข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริมพัฒนาการและการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ด้านนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบาย ด้านสิทธิประโยชน์และการส่งเสริมขวัญและกำลังใจ เพื่อให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรเพิ่มมากขึ้น

ด้านการพยาบาลและด้านวิชาการ

บุคลากรด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมให้บิดามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรสามารถทำได้โดยการให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบแบ่งเบาภรรยาในการทำกิจวัตรประจำวันและการเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับบุตรที่ประกอบไปด้วยการส่งเสริมพัฒนาการ ประกอบไปด้วยการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้ภาษา และด้านการเข้าใจภาษา รวมถึงการฝึกวินัย การดูแลด้านร่างกายและการเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจ ทั้งนี้ควรมีการสนับสนุนนด้านข้อมูลข่าวสารให้กับบิดาเพื่อให้มีความมั่นใจในการเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

กิตติกรรมประกาศ: งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุน จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2566

References

1. Bureau of Health Promotion Department of Health. School handbook for parents to love their children: good health, good brain, good mood, and happiness. Nonthaburi, New Thammada press (Thailand); 2016. (in Thai)
2. Bureau of Health Promotion Department of Health. Factors effecting to child development in Thailand in 2017. Nonthaburi, CG Tool Company; 2018. (in Thai)
3. Phongphetdit B, Authawee B. Factors affecting the development of early childhood Thailand: Public Health Region 5. Kuakarun Journal of Nursing. 2020; 27(1): 59-70.
4. Choomai T. Growth and development in early childhood. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal. 2016; 1(2): 18-33.
5. Phichachan N, Sornlom K, Juthamanee S. Factors associated with early childhood development: A systematic review. Singburi Hospital Journal. 2023; 27(1): 128-42.
6. Astone NM, Dariotis J, Sonenstein F, Pleck JH, Hynes K. Men's Work Efforts and the Transition to Fatherhood. Journal Family Economy Issues. 2010; 31 (1):3-13.
7. Iwata H. Experiences of Japanese Men During the Transition to Fatherhood. Journal Transcultural Nursing. 2014; 25(2): 159-66.
8. Duvall EM. Family development (4th ed.). Philadelphia,PA: J. B. Lippincott; 1971.
9. Lamb ME. The role of the father in child development (5th ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2010.
10. Fletcher R. The dad factor: how the father–baby bond helps a child for life. Warrie wood, NSW: Finch Publishing, 2011.
11. Sanjaya EL, Suminar DR, Fardana NA. The Antecedent of Father Involvement: A Literature Review. Journal of Educational, Health and Community.2022; 11(3): 566-87.
12. Siriporn S, Sansiriphun N, Baothuang C. Factors Predicting Father Involvement during postpartum period. Nursing Journal. 2020; 47(1): 45-55.
13. Holloway I, Galvin S. Qualitative Research in Nursing and Health Care, third ed. Wiley-Blackwell, Chichester: United Kingdom; 2016.
14. Lincoln YS, Guba E. Naturalistic Inquiry. Sage, Beverly Hills: CA; 1985.
15. NVivo qualitative data analysis Software. QSR International Pty Ltd: Version 10; 2012.
16. Sriyasak A, Almqvist A-L, Sridawruang C, Häggström-Nordin E. Father role: a comparison between teenage and adult first-time fathers in Thailand. Nursing Health Science. 2015; 17:377–86.
17. Sriyasak A, Almqvist AL, Sridawruang C, Neamsakul W, Häggström-Nordin E. The new generation of Thai fathers: breadwinners involved in parenting. American Journal of Men's Health. 2018; 12(5):1368-78.
18. Chin R, Hall P, Daiches A. Fathers' experiences of their transition to fatherhood: A metasynthesis. Journal Reproductive Infant Psychology. 2011; 29(1): 4-18.
19. Yeung WJJ. Asian fatherhood. Journal Family Issues. 2013; 34(2): 143-60.

20. Gerson K. The unfinished revolution: Coming of age in a new era of gender, work, and family. New York, NY: Oxford University Press; 2010.
21. Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13 (70): 1-15.
22. Sriyasak A, Chinglek W, Sangarthit S. Nurses' roles to promote teenage fathers' roles. Rama Nursing Journal. 2020; 26(3):263-73.
23. Sriyasak A, Ket-in V, Kayeese W. Development the model of paternal involvement in early childhood development: case Study in Nong Ya Plong district Phetchaburi province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 402-11. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

The Development of Education and Skill on Behavior to Prevent Acute Exacerbation and Readmit 28 Day in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Hospital

เสน่ห์ พุฒธิ*[1] พิชามญชุ์ คงเกษม[2]
Sane Putti*[1] Pichamon Kongkasem[2]
[1] โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ชัยภูมิ ประเทศไทย 36110
[1] Phukieo Chalermprakiat Hospital, Chaiyaphum, Thailand 36110
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ชัยภูมิ ประเทศไทย 36000
[2]Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum, Thailand 36000

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะ ต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด 24 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบการให้ความรู้และทักษะที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแนวทางเดิมของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบไปด้วย เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ รูปแบบการให้ความรู้และทักษะ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและสุขภาพ 2) แบบติดตามพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหลังจำหน่าย และ 3) แบบติดตามการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำคิดเป็นร้อยละ 25

คำสำคัญ: ความรู้,ทักษะ,พฤติกรรม,โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง,กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study effects of the development of Education and Skill on Behavior to manage acute exacerbation and Readmit 28 day in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Phukieo Chalermprakiat Hospital. Subjects were COPD patients attending. Twenty-four COPD patients who met inclusion criteria were randomly selected and assigned into either experimental (n = 12) or control group (n = 12). The experimental group obtained the pattern of program and the control group obtained the

Corresponding author: *E-mail: sanepu@kkumail.com

วันที่รับ (received) 16 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 มี.ค. 2567

pattern of hospital care. Research instruments consisted of Education and Skill on Behavior to manage acute exacerbation and Readmit. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-test. The results of this study revealed that the behavior to manage were significantly higher than those receiving routine care ($p < 0.05$) and experimental group non-Readmit 28 day than those receiving routine care and control group Readmit 28 day 25 percent.

Keyword: knowledge, skills, behavior, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Readmit 28 day

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งในโรคระบบทางเดินหายใจที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้มี 2 โรค รวมกันคือโรคปอดอักเสบและโรคถุงลมโป่งพอง เกิดพยาธิสภาพที่ถุงลมปอดและหลอดลมตีบแคบไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนได้ สาเหตุเกิดจากฝุ่นละออง ควันไฟจากการเผาไหม้ ควันบุหรี่ แก๊สพิษ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันบ่อยครั้งซึ่งแนวทางการรักษามีการรักษาด้วยการพ่นยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด บริหารการหายใจ ออกกำลังกายที่เหมาะสม และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เพื่อเป้าหมายหลักคือ การป้องกันและการจัดการกับอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน[1] โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากสามารถป้องกันได้และรักษาได้ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยเรื้อรังและการเสียชีวิตทั่วโลก ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคนี้นานหลายปีและนำไปสู่การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกที่มีสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอันดับสามของโลก[2] สำหรับประเทศไทยนั้น มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้กว่า 120,000 ล้านบาทต่อปี[1,2]

โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก มีพื้นที่รับผิดชอบ 4 อำเภอ ของจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ อำเภอภูเขียว อำเภอเกษตรสมบูรณ์ อำเภอบ้านแท่น และอำเภอคอนสาร มีหน้าที่ดูแลสุขภาพจำนวนประชากรกว่าสามแสนคนในพื้นที่ ซึ่งจากการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2564 ถึง 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 895 989 และ 1,102 คน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนนี้มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลจำนวน 202 359 และ 451 คน คิดเป็นร้อยละ 22.57 36.30 และ 40.91 ตามลำดับ มีอาการหอบกำเริบที่ต้องได้ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 35 46 และ 58 คน คิดเป็นร้อยละ 3.91 4.65 และ 5.26 ตามลำดับ มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 59 68 และ 88 คน คิดเป็นร้อยละ 13.92 14.87 และ 17.19 ตามลำดับ มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดว่าควรน้อยกว่าร้อยละ 4 และเสียชีวิตปีละ 25 31 และ 40 คน คิดเป็นร้อยละ 2.79 3.13 และ 3.63 ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาปีละประมาณ 6 ล้านบาท เฉลี่ย 2,000 บาทต่อครั้ง ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2566 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 10 ราย อายุเฉลี่ย 68 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จากการสอบถามปัญหาที่พบได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ มีอาการหอบกำเริบมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อปี ต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อปี เป็นต้น ในด้านการดูแลผู้ป่วยปัญหาที่พบได้แก่ ได้รับการสอนวิธีพ่นยาเพียงครั้งเดียว ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำท่าทางสำหรับฝึกบริหารการหายใจได้ ได้รับคำแนะนำเรื่องการจัดการความเครียดแต่ยังขาดการประเมินติดตามอาการ เป็นต้น เมื่อประเมินระดับความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน พบว่ามีค่าคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์หรือน้อยกว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะด้านทักษะการพ่นยาที่ถูกต้อง ซึ่งมีความจำเป็นสำคัญอย่างมาก รวมไปถึงจากการสังเกตพบว่าเจ้าหน้าที่ยังขาดการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบหรือแนวทางและเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้และทักษะที่ทำให้ผู้ป่วยที่จะเข้าใจและนำไปใช้และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

เหมาะสม ซึ่งสาเหตุดังกล่าวนำไปสู่การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถจัดการกับอาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้[3,4]

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และทักษะทั้งหมด 8 ประเด็น เพื่อใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ประกอบไปด้วย 1) ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น[1,2,4] 2) ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม[5,6,7] 3) ความรู้เรื่องการสงวนพลังงาน[5,8] 4) ความรู้เรื่องการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ[8,9] 5) การฝึกทักษะบริหารการหายใจ[5,8] 6) การฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสม[1,5,8] 7) การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ[1,5] และ 8) การฝึกพ่นยาที่ถูกต้อง[1,2,3,5,8] ซึ่งการให้ความรู้และฝึกทักษะนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกับการให้การพยาบาลด้วย นอกจากนี้การจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำให้ป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ภายใน 28 วัน[18] ตามแนวคิดของโนลส์ ได้กล่าวถึงการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีความแตกต่างกับวัยเด็ก โดยเน้นประสบการณ์นำประกอบการเรียนรู้มาพัฒนาทำให้เกิดการจดจำได้ดีขึ้นและเรียนรู้ได้มากขึ้น ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มโนทัศน์ของผู้เรียน รู้จัดการเตรียมความพร้อมที่จะเริ่มเรียนรู้ วางแผนความเหมาะสมของเวลาที่จะเรียนรู้ 2) เน้นประสบการณ์จากอดีตมาใช้ในการเรียนรู้ในปัจจุบัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจดจำของผู้เรียนให้เพิ่มมากขึ้น 3) เตรียมความพร้อม โดยวัยผู้ใหญ่การเรียนรู้เป็นสิ่งที่สำคัญจำเป็น โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมเรื่องเวลา สถานที่ บรรยากาศ วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้จะทำให้เกิดการเข้าใจนำไปใช้ได้มากขึ้น 4) แนวทางการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่มุ่งเน้นกระบวนการ มีเป้าหมาย เป็นขั้นตอนเป็นระเบียบ วิธีการ จะทำให้จดจำในการเรียนรู้ได้เพิ่มขึ้น[10] โดยแนวทางการเรียนรู้โดยใช้สื่อการเรียนการสอน เช่น แผ่นภาพ สื่อวีดีทัศน์ จะช่วยเพิ่มทักษะและความเข้าใจ พบว่าสามารถเพิ่มความรู้และทักษะ นำไปสู่ระดับความรู้และทักษะสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดได้[4,5,10] และการมีส่วนร่วมโดยสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญแต่ละสาขาร่วมดูแล ได้แก่ เภสัชกร นักโภชนาการ นักให้คำปรึกษา นักกายภาพ เป็นต้น เพื่อช่วยกำหนดแนวทางให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น จะทำให้เพิ่มการจดจำได้ดีมากขึ้น[1,5,6,8]

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญและมีความสนใจในการที่จะพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะจากการทบทวนวรรณกรรม ออกแบบเป็นสื่อวิดีทัศน์จำนวน 8 เรื่อง และแผ่นภาพให้ความรู้ 1 ชิ้น พร้อมกับกำหนดขั้นตอนไว้อย่างชัดเจน ร่วมกับการใช้แนวคิดของโนลส์ประกอบการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะ ในการจัดการและป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อคาดหวังว่าผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น สามารถป้องกันและจัดการกับอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน นำไปสู่ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหน่วยให้บริการสุขภาพ[11,12,13] รวมไปถึงระบบสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะ ต่อระดับพฤติกรรมในการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

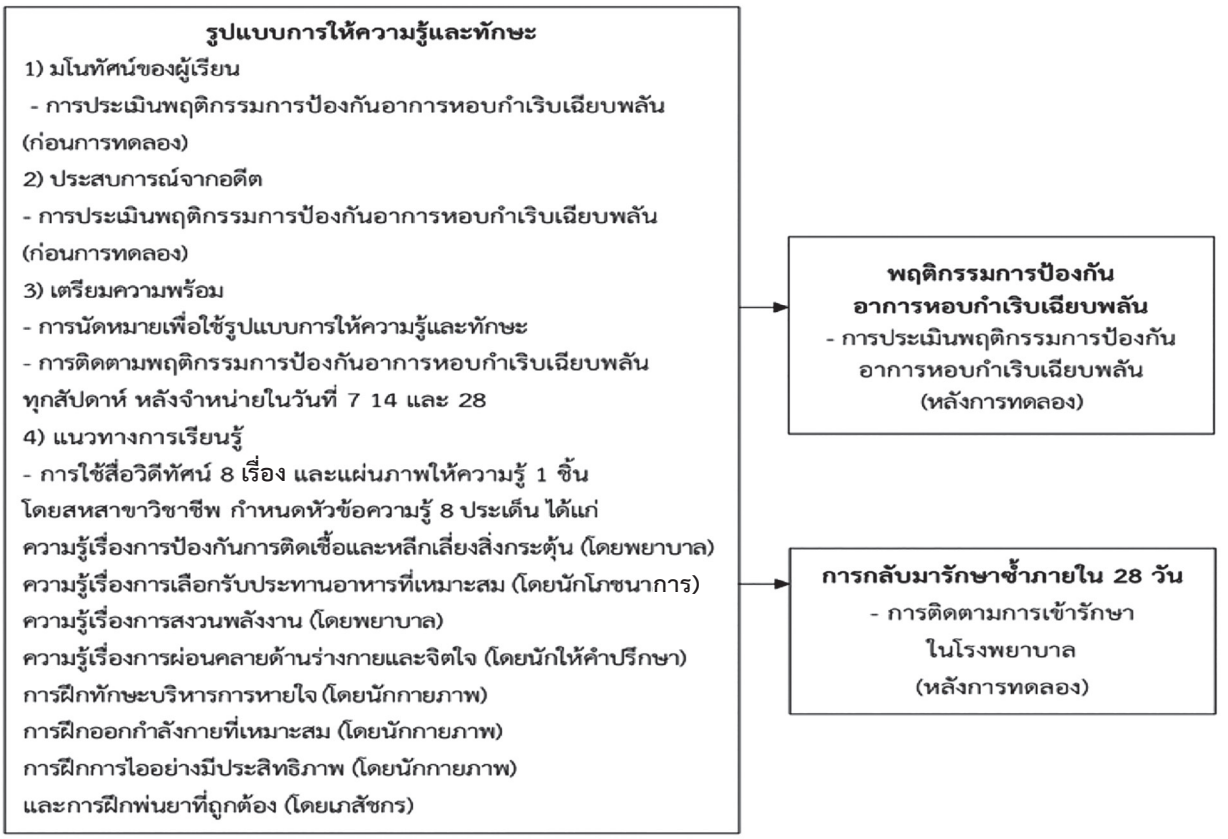
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะ ต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานงานวิจัย

1. หลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และทักษะ กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และทักษะ กลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล โดยศึกษาข้อมูลจากเวชเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขียนบันทึกขอข้อมูลและศึกษาในโปรแกรม Paperless และโปรแกรม Hos XP ของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 เพื่อสรุปจำนวนผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำ และปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

ขั้นตอนที่ 2 สอบถามและประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในโรงพยาบาล พร้อมกับทำแบบสอบถามในการสร้างรูปแบบการให้ความรู้ ช่วงเดือน มกราคม 2566 ถึง เมษายน 2566 ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุศาสตร์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1 คน พยาบาลประจำกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 5 คน พยาบาลประจำกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 4 คน พยาบาลประจำกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 คน พยาบาลประจำกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลผู้ดูแลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 คน เภสัชการ 1 คน นักกายภาพ 1 คน นักสุขภาพจิต 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน รวมทั้งหมด 18 คน ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อหาวิธีการและแนวทางในการหารูปแบบการให้ความรู้และทักษะการจัดการกับอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสร้างรูปแบบที่พัฒนามาจากแนวคิดของโนลส์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมสหสาขาร่วมกับการเรียนรู้ที่ใช้สื่อวิดีทัศน์ประกอบการเรียนรู้ที่สร้างขึ้นมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ชื่อใหม่ว่า การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และทักษะในการจัดการและป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยให้ความรู้และทักษะผ่านสื่อวีดีทัศน์และแผ่นให้ความรู้ ร่วมกับการให้สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยในพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร่วมกับการติดตามพฤติกรรมทาง Line ในการกำกับติดตามอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการให้ความรู้และทักษะในการจัดการและป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน หลังจากประชุมทีมและสร้างรูปแบบ ได้รูปแบบแล้วนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วย 10 รายที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลในช่วง 1 พฤษภาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2566 ประกอบไปด้วยสื่อวีดีทัศน์และแผ่นภาพให้ความรู้ ประกอบไปด้วยข้อความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทั้งหมด 8 เรื่อง ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 12 เรื่อง โดยมีรูปภาพและข้อความประกอบและใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการนำรูปแบบการให้ความรู้และทักษะในการจัดการและป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน นำข้อมูลที่ได้มาประชุมทีมอีกครั้งในเดือนมิถุนายน 2566 เพื่อพัฒนาปรับปรุงรูปแบบในการให้ความรู้และทักษะในการจัดการและป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนนำไปใช้

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบไปด้วย 1) สื่อวิดีทัศน์ในการให้ความรู้ 8 เรื่อง ในการจัดการและการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันความยาว 11.30 นาที โดยพัฒนาจากการศึกษาของเสน่ห์ พุฒธิ เรื่องผลของสื่อการเรียนรู้วีดีทัศน์ภาษาอีสานต่อความรู้และทักษะของการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยต่อยอดจากวิดีโอเดิมประกอบไปด้วย ภาพประกอบ เสียงภาษาไทย และแบ่งวีดีโอออกเป็น 8 เรื่องสั้นๆ ให้กลุ่มตัวอย่างดูได้เป็นตอนๆ โดยนำมาสร้าง one page ขนาด 30 cm X 40 cm ที่สามารถสแกนคิวอาร์โค้ดดูวิดีโอทั้ง 8 เรื่องเป็นตอน ๆ 2) แผ่นภาพความรู้ประกอบไปด้วยข้อความรู้ทั้งหมด 8 เรื่องมีรูปภาพและข้อความประกอบนำมาสร้าง one page ขนาด 40 cm X 30 cm และ 3) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและแบบปรึกษาสหวิชาชีพ มีขั้นตอนทางการพยาบาล ประเมินการวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์ด้านสุขภาพ 2) แบบติดตามพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหลังจำหน่าย ประกอบไปด้วย 15 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งหมด 1.00-1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อย 1.67-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง และ 2.34-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันอยู่ในระดับมาก โดยคิดค่าเฉลี่ยความกว้างของชั้นโดยค่าคะแนนสูงสุด (3 คะแนน) ลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด (1 คะแนน) ทั้งหมดหารด้วย จำนวนชั้น (3 ชั้น) เท่ากับความกว้างของชั้น 0.66 และ 3) แบบติดตามการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของวิดีโอ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงานในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ให้คำแนะนำและให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.90 และตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson ได้ค่า R เท่ากลับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เอกสารรับรองเลขที่ 04/2567 ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2566

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

รูปแบบการวิจัยวิธีดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (two group pre and post-test design) โดยเปรียบเทียบ พฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 หลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรุนแรงของโรคระดับ E ตามเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยและอายุ 40 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรง สามารถอ่านพูดฟังเขียนได้ดี 3) ไม่เป็นผู้ป่วยติด

เตียง 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและเข้าร่วมวิจัย 5) มีค่าคะแนนความเหนื่อยขณะปัจจุบันไม่เกิน 3 คะแนน 6) สามารถฟังและสื่อสารเข้าใจ และ 7) มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน

วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากงานวิจัยที่ผ่านมาของเพ็ญศิริ สิริกุลและคณะ เป็นการศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส โดยใช้สูตร

$$n = \frac{(Z\alpha+Z\beta)^2 \ 2\sigma^2}{\delta^2}$$ เท่ากับ 8 คน

เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทำการทดลอง ผู้ศึกษาจึงมีการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n_{adj} = \frac{N}{(1 - R)}$$ เท่ากับ กลุ่มละ 12 คน

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามกำหนด 24 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 ราย

ผู้ศึกษาวิจัยทำการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติช่วงเดือน ตุลาคม 2566 ถึง มกราคม 2567

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติผ่านกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเมื่อยื่นหนังสือขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บข้อมูลได้และก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยรายงานตัวและแจ้งวันเวลาเก็บข้อมูลกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม และขอความร่วมมือจากแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย และหัวหน้าเวร หัวหน้าทีม

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติสายตรงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยพร้อมกับขอความยินยอมจากแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยในการเก็บข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัวจากโครงการวิจัยตามรายละเอียดในแบบขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มควบคุมให้เสร็จแล้วค่อยเก็บกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมจะได้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้และทักษะพร้อมกับติดตามพฤติกรรมที่บ้านผ่านทาง Line ตามแผนของรูปแบบของผู้วิจัย โดยมีชุดความรู้ 8 เรื่องของโรคปอดอุดกั้นเรื่องรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันร่วมกับพบทีมสหสาขาประกอบไปด้วย เภสัชกร นักกายภาพ นักให้คำปรึกษา และนักโภชนาการก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มควบคุมหลังจากผู้ป่วยแพทย์พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้ทำแบบการประเมินความเหนื่อยล้าขณะปัจจุบัน ในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล เมื่อสามารถเก็บข้อมูลได้ จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบแบบสัมภาษณ์ด้านสุขภาพ ชุดที่ 2 แบบติดตามพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน 15 ข้อคำถาม (ก่อนการทดลอง) จากนั้นจะได้รับการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทางของโรงพยาบาล และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ผ่าน Line หลังจำหน่ายในวันที่ 7 14 และ 28 (หลังการทดลอง) และชุดที่ 3 แบบติดตามการเข้ารักษาในโรงพยาบาล (หลังการทดลอง)

กลุ่มทดลองหลังจากผู้ป่วยแพทย์พิจารณาให้นอนโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้ทำแบบการประเมินความเหนื่อยล้าขณะปัจจุบัน ในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล เมื่อสามารถเก็บข้อมูลได้ จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบแบบสัมภาษณ์ด้านสุขภาพ ชุดที่ 2 แบบติดตามพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน 15 ข้อคำถาม (ก่อนการทดลอง) จากนั้นจะได้รับการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามรูปแบบการให้ความรู้และทักษะที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ผ่าน Line หลังจำหน่ายในวันที่ 7 14 และ 28 (หลังการทดลอง) และชุดที่ 3 แบบติดตามการเข้ารักษาในโรงพยาบาล (หลังการทดลอง)

ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มทดลองจะได้รับรูปแบบการให้ความรู้และทักษะผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยผู้ป่วยจะได้รับแผ่นภาพความรู้ 1 ชิ้น ที่มีรายละเอียดของความรู้และทักษะเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันผ่านรูปภาพและ QR CODE เพื่อรับชมสื่อวิดีทัศน์ในแต่ละ 8 ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (โดยพยาบาล) ความรู้เรื่องการเลือก

รับประทานอาหารที่เหมาะสม (โดยนักโภชนากร) ความรู้เรื่องการสงวนพลังงาน (โดยพยาบาล) ความรู้เรื่องการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ (โดยนักให้คำปรึกษา) การฝึกทักษะบริหารการหายใจ (โดยนักกายภาพ) การฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสม (โดยนักกายภาพ) การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ (โดยนักกายภาพ) และการฝึกพ่นยาที่ถูกต้อง (โดยเภสัชกร) ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพจะให้ความรู้และทักษะกับกลุ่มทดลองตามประเด็นต่างๆ ที่กล่าวไปแล้วนั้น จำนวน 2 ครั้งก่อนการจำหน่าย และทบทวนความรู้และทักษะอีกจำนวน 3 ครั้ง ทางโทรศัพท์ผ่าน Line หลังจำหน่ายในวันที่ 7 14 และ 28 พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมของกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกันใช้สถิติ Paired T-test (dependent t-test) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมของกลุ่มที่อิสระต่อกัน โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) หลังจากที่ test normal distribution พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ใช้สถิติร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบการให้ความรู้และทักษะในการจัดการและป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 คน กลุ่มทดลอง 12 คน อายุทั้งหมดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีอายุมากกว่า 60 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 75.63 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 76.68 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 10 คน (ร้อยละ 83.33) เพศหญิง 2 คน (ร้อยละ 16.67) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 11 คน (ร้อยละ 91.66) เพศหญิง 1 คน (ร้อยละ 8.33) ระดับการศึกษาทั้งหมดของกลุ่มควบคุม 12 คน และกลุ่มทดลอง 12 คน มีการศึกษาระดับประถมศึกษาทั้งหมดทุกคน (ร้อยละ 100) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร 9 คน (ร้อยละ 75) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร 10 คน (ร้อยละ 83.33) ด้านสุขภาพ ทั้ง 2 กลุ่มทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันทั้งด้านความรู้และทักษะในการจัดการและการป้องกันกับอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

1. พฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลตามแนวทางของโรงพยาบาล ของกลุ่มควบคุม แยกรายข้อ (n = 12) ตามตารางที่ 1 และพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และทักษะ (ตามรูปแบบที่พัฒนา) ของกลุ่มทดลอง แยกรายข้อ (n = 12)

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลตามแนวทางของโรงพยาบาล ของกลุ่มควบคุม แยกรายข้อ (n = 12) และ พฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และทักษะ (ตามรูปแบบที่พัฒนา) ของกลุ่มทดลอง แยกรายข้อ (n = 12)

กลุ่มตัวอย่าง (n = 24) ข้อคำถามพฤติกรรม (3 คะแนน)	กลุ่มควบคุม (n = 12) (ตามแนวทางของ รพ.)				กลุ่มทดลอง (n = 12) (ตามรูปแบบที่พัฒนา)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. ฉันใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อเข้าชุมชน	1.66	0.49	1.75	0.45	1.66	0.49	2.83	0.38
2. ฉันหลีกเลี่ยงควันบุหรี่และควันไฟ	1.75	0.45	1.50	0.52	1.50	0.52	2.83	0.38
3. ฉันเลือกรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย	1.58	0.51	1.66	0.49	1.75	0.45	2.91	0.28
4. ฉันรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง	1.66	0.49	1.50	0.52	1.41	0.51	2.58	0.51
5. ฉันดื่มน้ำวันละ6-8แก้วและน้ำอุ่นเมื่อมีเสมหะ	1.41	0.51	1.75	0.45	1.58	0.51	2.58	0.51
6. ฉันเครียดจะ ฟังเพลง สวดมนต์ไหว้พระ	1.50	0.52	1.58	0.51	1.66	0.49	2.50	0.52

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลตามแนวทางของโรงพยาบาล ของกลุ่มควบคุม แยกรายข้อ (n = 12) และ พฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และทักษะ (ตามรูปแบบที่พัฒนา) ของกลุ่มทดลอง แยกรายข้อ (n = 12) (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง (n = 24) ข้อคำถามพฤติกรรม (3 คะแนน)	กลุ่มควบคุม (n = 12) (ตามแนวทางของ รพ.)				กลุ่มทดลอง (n = 12) (ตามรูปแบบที่พัฒนา)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
7. ฉันจะออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายเป็นประจำ	1.50	0.52	1.41	0.51	1.75	0.45	2.66	0.49
8. ฉันมีอาการหอบฉันจะนั่งพักและพ่นยา	1.41	0.51	1.50	0.52	1.75	0.45	2.75	0.45
9. ฉันออกกำลังกายฝึกบริหารการหายใจเป็นประจำ	1.66	0.49	1.75	0.45	1.66	0.49	2.83	0.38
10. เมื่อมีเสมหะฉันปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำ	1.41	0.51	1.50	0.52	1.66	0.49	2.66	0.49
11. ฉันพ่นยารักษาเช้า-เย็น เป็นประจำต่อเนื่อง	1.75	0.45	1.41	0.51	1.41	0.51	2.66	0.49
12. ฉันใส่เสื้อผ้าที่สบาย ไม่แน่นและรัดจนเกินไป	1.66	0.49	1.75	0.45	1.58	0.51	2.50	0.52
13. ก่อนฉันจะทำกิจกรรมมีการวางแผนทุกครั้ง	1.66	0.49	1.75	0.45	1.50	0.52	2.58	0.51
14. ฉันจะไม่เข้าใกล้ ผู้ป่วยที่เป็นหวัดและติดเชื้อ	1.75	0.45	1.66	0.49	1.66	0.49	2.58	0.51
15. ฉันมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นประจำ	2.41	0.51	2.50	0.52	2.50	0.52	2.91	0.28
รวม	1.65	0.49	1.66	0.49	1.66	0.49	2.69	0.45

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุม) มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 1.65 (อยู่ในระดับน้อย) ก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 1.66 (อยู่ในระดับน้อย) หลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 1.66 (อยู่ในระดับน้อย) ก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 2.69 (อยู่ในระดับมาก) หลังการทดลอง

2. ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทอดลอง ภายหลังการทดลอง ตามตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ตารางการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ของกลุ่มควบคุม (n = 12) และกลุ่มทอดลอง (n = 12) ภายหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง (n = 24) ค่าคะแนนพฤติกรรม การป้องกันหอบกำเริบเฉียบพลัน	**กลุ่มควบคุม (n = 12) (ตามแนวทางของ รพ.)**		**กลุ่มทดลอง (n = 12) (ตามรูปแบบที่พัฒนา)**		**t**	**p-value**
	$\bar{X}$	**SD**	$\bar{X}$	**SD**		
ค่าคะแนนพฤติกรรม (ก่อนทดลอง)	1.65	0.49	1.66	0.49	-0.122	0.905
ค่าคะแนนพฤติกรรม (หลังทดลอง)	1.66	0.49	2.69	0.45	-13.678	0.000

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า ($p<.05$)

ตารางที่ 3 การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มควบคุม (n = 12) และกลุ่มทอดลอง (n = 12) ภายหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง (n = 24)	กลุ่มควบคุม (n = 12)	กลุ่มทดลอง (n = 12)
Readmit 28 Day	(ตามแนวทางของ รพ.)	(ตามรูปแบบที่พัฒนา)
Readmit 28 Day	3 คน (ร้อยละ 25)	0 คน (ร้อยละ 0)

ผลการวิจัยพบว่า การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และกลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 0 (ดังตารางที่ 3)

สรุปผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า ($p<.05$) และกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันมากกว่ากลุ่มทดลอง

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของรูปแบบการให้ความรู้และทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ผลของการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 1.65 หมายถึงอยู่ในระดับน้อย และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 1.66 หมายถึงอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับรูปแบบการดูแลตามแนวทางเดิมของโรงพยาบาล แต่กลุ่มทดลองนั้น ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 1.66 หมายถึงอยู่ในระดับน้อย และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 2.69 หมายถึงอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการให้ความรู้และทักษะตามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ในข้อความรู้และทักษะทั้งหมด 8 ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (โดยพยาบาล) ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม (โดยนักโภชนาการ) ความรู้เรื่องการสงวนพลังงาน (โดยพยาบาล) ความรู้เรื่องการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ (โดยนักให้คำปรึกษา) การฝึกทักษะบริหารการหายใจ (โดยนักกายภาพ) การฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสม (โดยนักกายภาพ) การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ (โดยนักกายภาพ) และการฝึกพ่นยาที่ถูกต้อง (โดยเภสัชกร) อีกทั้งภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันดีกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย สื่อวิดีทัศน์ให้ความรู้และนำเสนอต้นแบบผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือการดูแลตนเองและแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แผนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และแบบวัดการรับรู้ความเหนื่อยในการออกกำลังกาย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมนี้มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยพฤติกรรมเหล่านี้ประกอบไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การผ่อนคลาย และการบริหารการหายใจและออกกำลังกาย[17] และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง สื่อการสอนและให้ความรู้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น ในส่วนของความถูกต้องของเทคนิคในการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ยาสูดขยายหลอดลมถูกต้องมากขึ้น[14] รวมไปถึงการเรียนรู้แบบการใช้การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้พร้อมกับมีการแก้ไขปัญหาโดยมีกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกับสื่อการเรียนการสอนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เภสัชกร นักโภชนาการ นักให้คำปรึกษา และนักกายภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญตามสาขาของตนเองร่วมดูแลผู้ป่วย โดยกำหนด

แนวทางให้ชัดเจน จะช่วยให้เพิ่มการจดจำได้ดี[4,5,13] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส[18] กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการปรับเปลี่ยนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05)

ส่วนการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และกลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 0 โดยมีการศึกษาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น รวมไปถึงใช้ยาพ่นขยายหลอดลมได้ถูกต้อง ทำให้ไม่มีอาการกำเริบซ้ำที่ต้องเข้ารักษาที่แผนกฉุกเฉินและนอนรักษาในโรงพยาบาล[14,16]

ดังนั้นสรุปได้ว่าการให้ความรู้และทักษะทั้ง 8 ประเด็นที่กล่าวมาแล้วนั้น มีความจำเป็นเกี่ยวข้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันได้ ทั้งนี้ยังต้องใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยสหสาขาวิชีพเป็นทีมสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแล ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ซึ่งมีจุดเด่นของงานวิจัยชิ้นนี้คือการมีส่วนร่วมในทีมให้บริการและพัฒนาระบบการดูแลทั้งระบบให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพเพื่อผลลัทธ์ที่ยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีจุดที่ควรพัฒนาของงานวิจัยนี้คือยังไม่คลอบคลุมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันทุกคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำการพัฒนารูปแบบมาพัฒนางานให้ดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและพยาบาลสามารถกำกับติดตามการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการจัดทำนวัตกรรมในการติดตามการพ่นยาที่ถูกวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้ถูกวิธีที่บ้านและควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื่อรังที่มีโรคร่วมและประเมินผลลัพธ์ เช่น คุณภาพชีวิต อัตราการใส่ท่อช่วยทางเดินหายใจ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลและโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยและสนับสนุนทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

References

1. COPD Thai-guideline. 1st Printing. Bangkok: Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage.2023. (in Thai)
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2023 report. 2023
3. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Western Pacific Region. Communicable Diseases Intelligence. 2024.
4. McCabe C, McCann M, Brady AM. Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. About the Cochrane Database of Systematic Reviews.2017; 5(5): CD011425.
5. Putti S. The effects of the Isan language video learning media on knowledge and skills to manage acute exacerbation in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Journal of Nursing Science and Health.2020; 43(3):84-96. (in Thai)

6. Teeranuch A, Surit P, Methakanjanasak N, Ruaisungnoen W, Saensom D, Somjaivong B. Effect of the first-aid workshop on knowledge, attitudes and practice skills of working-age people. Khonkean: Faculty of Nursing Khon Kean University.2017. (in Thai)
7. Press VG, Kelly CA, Kim JJ, White SR, Meltzer DO, Arora VM, et al. Virtual teach-togoal adaptive learning of inhaler technique for inpatients with asthma or COPD. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice 2017; 5(4): 1032-9.e1.
8. Wangsom A. Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2016; 27(1):2-12. (in Thai)
9. Tantalanukul S, Isarangura P, Fongkerd S. Self-Care to Enhance Quality of Life in Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2020; 9(2):140-51. (in Thai)
10. Knowles MS. The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy. Englewood Cliffs, NJ: Cambridge Adult Education.1980.
11. Thongprasit S, Noonil N, Sonpaveerawong J. Medication Behavior of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Home, Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province. Princess of Naradhiwas University Journal.2019; 10(3):71-80. (in Thai)
12. Ekkamart B, Phaicharoen R, Phetphiphat P. 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. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2023;24(3):162-70. (in Thai)
13. Sungmontorn K, Krajaiklang S, Wansaen P. The development of care model for patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Surin Hospital. Medical journal of srisaket surin buriram hospitals.2021;36(2):327-42. (in Thai)
14. 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 AcuteExacerbation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1):226-34. (in Thai)
15. Shrestha A, Singh SB, Khanal BK, Maskey R, Pokharel PK. Health Literacy and Knowledge of Chronic Diseases in Nepal.Health Literacy Research and Practice.2018 6;2(4):e221-30.
16. Yadav UN, Lloyd J, Hosseinzadeh H, Baral KP, Bhatta N, Harris MF. Self-management practice, associated factors and its relationship with health literacy and patient activation among multi-morbid COPD patients from rural Nepal. Physiology and Molecular Biology of Plants Public Health. 2020;20(1):301-7.
17. Khakhuen S, Jitramontree N, Wirojratana V, et al. Effect of the self-efficacy program on healthbehavior among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. The Journal of Barommarajonani College of Nursing. 2018; 24(1); 57-71. (in Thai)
18. Sirikun P, Puttapitukpo S, Sangmane R. The effect of caring model for patients with chronic obstructive pulmonary disease in the community after discharge from Sungaipadi hospital, Narathiwas province. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2017; 28(1): 57-68. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

The Effect of a Spiritual Caring Program on Depression among Caregivers of Patients with Terminal Cancer

จิตรลดา พูลศิลป์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา* สารรัตน์ วุฒิอาภา
Jitlada Poonsil Rangsiman Soonthornchaiya* Sararud Vuthiarpa
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120
Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผล ของโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ฯ จำนวน 50 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ ที่กำหนดและสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม การดูแลจิตวิญญาณ จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ตรวจสอบความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณภายหลังการทดลอง (M = 19.52, SD = 5.43) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 22.84, SD = 5.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.14$, $p < .05$) และ 2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1 = -3.24$, SD = 7.73) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\overline{D}_2 = 4.24$, SD = 6.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.40$, $p < .001$) ดังนั้น บุคลากรสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณไปใช้เป็นทางเลือกในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำสำคัญ: การดูแลจิตวิญญาณ, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแล, โรคมะเร็ง

Abstract

The quasi-experimental pretest-posttest control group design was used. The purpose of this study was to examine the effect of the spiritual caring program on depression among caregivers of patients with terminal cancer. A sample of 50 caregivers of patients with terminal cancer at the medical center was met the inclusion criteria and was randomly assigned into the experimental and the control groups, with 25 each group. The experimental group received the spiritual caring program including six sessions with 90 minutes each session, three sessions per week, while the control group received the regular nursing care. Data collection was carried out using personal questionnaires at the center for epidemiological studies depression scale (CES-D),

Corresponding Author: *Email: rangsiman@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received). 19 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 เม.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 เม.ย 2566

with a reliability of 0.74. Data was analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation and the t-test. The findings were as follows: 1) The mean score of depression among caregivers after receiving the spiritual caring program (M = 19.52, SD = 5.43) was statistically significantly lower than the mean score of depression before receiving the program (M = 22.84, SD = 5.03) (t = 2.14, p<0.05); 2) The mean difference of depression score among caregivers at the pretest and posttest of the experimental group ($\overline{D}_1$ = -3.24, SD = 7.73) was statistically significantly lower than the mean difference ($\overline{D}_2$ = 4.24, SD = 6.03) of the control group (t = -5.40, p< .001). These findings suggest that registered nurse and health professionals can use the spiritual caring program for reduce depression among caregivers of patients with terminal cancer depression among caregivers of patients with terminal cancer.

Keywords: spiritual caring, depression, caregivers, cancer

บทนำ

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวนมากกว่า 18.1 ล้านคน และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน/ปี จากการสำรวจสถิติโรคมะเร็งในประไทย พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 139,206 คน/ปี ในทวีปเอเชียพบว่าประเทศไทยเพศชายมีอุบัติการณ์โรคมะเร็ง อันดับที่ 16 และเพศหญิงในอันดับที่ 15 ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย[1] เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอันดับ 1 เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง[2] ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทของสังคมไทย ส่วนใหญ่คือบุคคลในครอบครัว โดยมีความรักความผูกพันกัน[3] เมื่อต้องสูญเสียสมาชิกในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการรวบรวมผลกระทบด้านจิตวิทยาที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในประเทศกลุ่มตะวันออกพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.9-75.94 สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.405 เนื่องจากภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เมื่อภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่รุนแรงหากไม่ได้รับการดูแลรักษา จะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นโรคทางจิตเวช (Depressive disorder) และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด[6] ดังนั้นการช่วยเหลือตั้งแต่ช่วงแรกของการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายมีภาวะทุกข์ทรมานจากความเศร้าโศกภายหลังการตายของผู้ป่วยลดลง[7] จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ขณะได้รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย[8,9,10,11] จำแนกได้เป็น 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1. ปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย 1.1 การรับรู้อาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย 1.2 ความรู้เรื่องโรค และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย 1.3 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย 1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวในบทบาทใหม่ได้ 1.5 การมีแหล่งสนับสนุน 2. ปัจจัยจากภายในบุคคล ได้แก่ จิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง เกิดความขัดแย้งในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี รู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จจนโทษตนเองเป็นสาเหตุของความผิดพลาดทั้งหมด เกิดความรู้สึกเหงา สูญเสียและเศร้าโศก จากการทบทวนความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย[11] พบว่าร้อยละ 57.3 ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องการได้รับความเห็นใจ และความเมตตา (Compassion and Kindness) และร้อยละ 57.8 ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องการได้ให้ หรือการรับความรัก (Give or receive love) ร้อยละ 59.5 ต้องการมิตรภาพ (Companionship) และร้อยละ 58.2 ต้องการได้รับการยอมรับ (Accepted as a person) และร้อยละ 58.5 ต้องการมีประสบการณ์ที่ดี (Experience or appreciate beauty) ดังนั้นการพยาบาลทางจิตวิญญาณ จึงมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองในทางที่ดีขึ้น สร้างความเข้มแข็งจากภายในช่วยให้ฟื้นฟูสัมพันธภาพที่ดีขึ้น เกิดความหวังใหม่ๆ จนเกิดความสงบทางใจ เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่างๆในชีวิตได้จนกระทั่งส่งผลให้อารมณ์เหงา สูญเสียและเศร้าโศกลดลง[6,12] การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่ามีการประยุกต์ใช้

ทฤษฎีการดูแลของวัตสันกับโปรแกรมทางด้านจิตวิญญาณ โดยทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Caring theory)[13] มีความเชื่อพื้นฐานว่าสุขภาพดี คือการที่มนุษย์มีความสมดุล (Harmony) ทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยการให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย และประสบการณ์ของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลมีความสมดุลในตนเอง พัฒนาความรู้เกี่ยวกับตัวเอง หรือการรู้จักตัวเองเข้าใจความหมายของชีวิต จนเกิดการรักษาเยียวยาตนเอง (Self-healing) โดยองค์ประกอบของทฤษฎีเป็นการดูแลเชื่อมต่อความสัมพันธ์ส่วนบุคคลให้เข้าถึงจิตใจและจิตวิญญาณระหว่างบุคคล (transpersonal caring model) โดยมีปัจจัยการดูแล (The carative factors) ตามทฤษฎี เป็นแนวปฏิบัติ โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแล และการปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมที่สามารถตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยส่งเสริมปัจจัยการดูแลตามทฤษฎี ที่ตรงกับความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

คำถามวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณหรือไม่

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

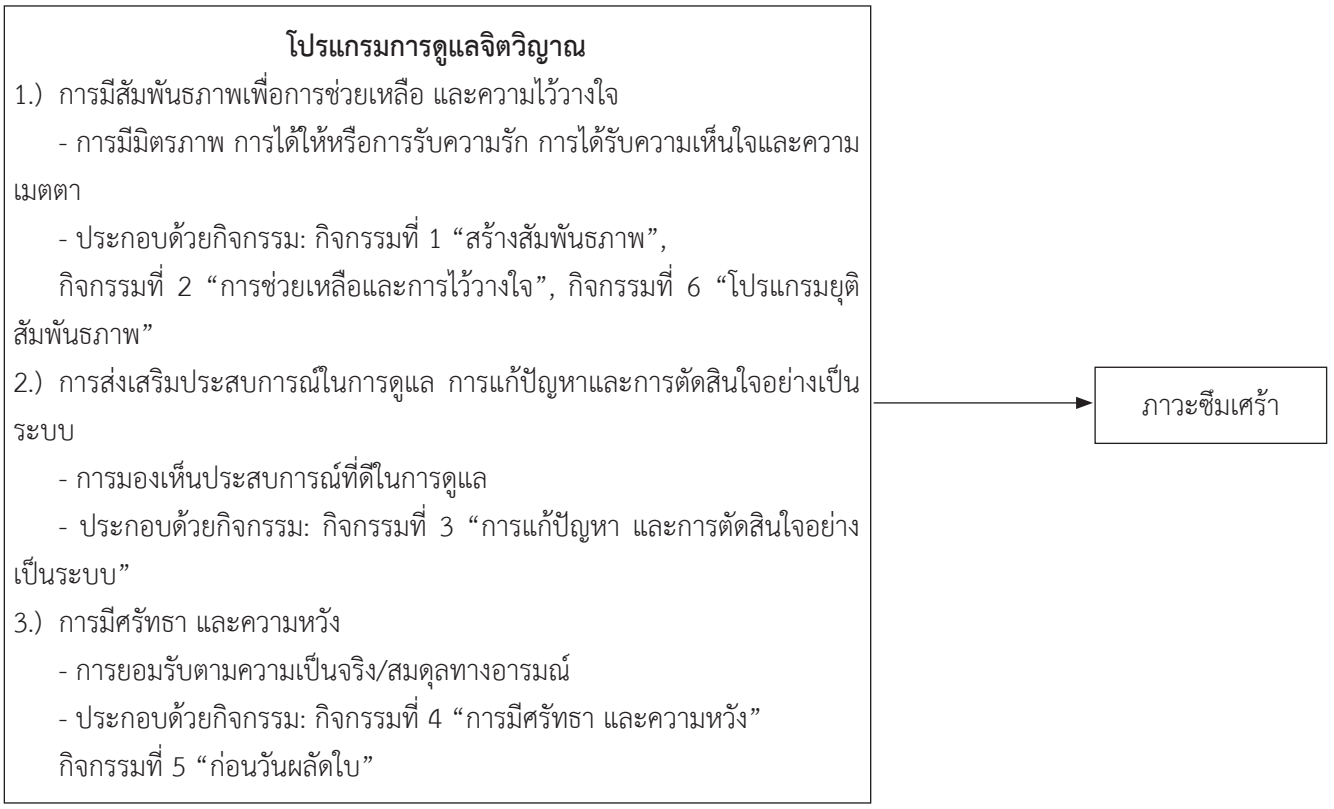
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน[13,14] ในการนำมาพัฒนาโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณจากปัจจัยในการดูแล (The carative factors) ตามทฤษฎีการดูแลของวัตสันมาพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) การมีสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือและความไว้วางใจ คือการใช้กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมให้เกิด สัมพันธภาพภายในกลุ่มจนเกิดความไว้วางใจเกิดความเห็นใจ ส่งผลให้เกิดมิตรภาพเกิดพฤติกรรมการให้หรือการได้รับความรักและการได้รับความเห็นใจและความเมตตา 2) การส่งเสริมประสบการณ์ในการดูแลที่ผ่านมาของผู้ดูแล การแก้ปัญหาและการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มบุคคลที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกันเกิดการเรียนรู้ระหว่างบุคคลส่งผลให้เกิดการมองเห็นประสบการณ์ที่ดีในการดูแล 3) การมีศรัทธาและความหวัง เพื่อให้เกิดการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจากภายในบุคคลของผู้ดูแล การมีความหวังตามความเป็นจริงช่วยให้ได้รับการยอมรับเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรักษาภาวะสุขภาพดี มีความแข็งแกร่งจากภายใน มีสิ่งยึดเหนี่ยว และมีสัมพันธภาพ มีความสุขสงบ เกิดความสมดุลทางอารมณ์ ส่งผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการบริการภายในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2565

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า อาการของโรคลุกลามมากขึ้น มีการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจากแบบประเมิน โดย Palliative performance scale (PPS) อยู่ในช่วง 40-70 คะแนน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อย PPS = 40-70 2) เป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้างจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3) จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเฉลี่ย 17-24 ชั่วโมงต่อวัน 4) เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีคะแนนอยู่ในช่วง 7-18 คะแนน โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q 5) สามารถสื่อสาร และใช้ภาษาไทยกับผู้อื่นได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรค์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เช่น วัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ หรือไข้ ไอ มีน้ำมูก หรือเจ็บคอ 2) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในระยะมีอาการ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการหลงผิด หูแว่วประสาทหลอน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) จากการคำนวณ G* power version 3.0.10 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the tests) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบขนาดใหญ่ที่ 0.80315 ได้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน เพื่อทดแทนการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย (drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน เป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน รวมเป็น 50 คน

การสุ่ม โดยใช้รูปแบบ สุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากหอผู้ป่วยที่เป็นหอผู้ป่วยทดลองแบบไม่ใส่คืน ได้แก่ 8/1, 11/1 และ 12/1 คัดเลือกอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 25 คน อาสาสมัครกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลจิต

วิญญาณ และหอผู้ป่วยที่ได้เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ 10/1, 13/1และ 14/1 คัดเลือกอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 25 คน อาสาสมัครกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่

1.1 แบบประเมินประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายฉบับภาษาไทย (Palliative performance scale Adult Suandok [PPS-AS]) โดยมีการใช้เกณฑ์วัดจากการประเมินความสามารถรายด้านของผู้ป่วย 5 ด้านได้แก่ 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2) การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินของโรค 3) การทำกิจวัตรประจำวัน 4) การรับประทานอาหารและ 5) ระดับความรู้สึกตัว ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 0 - 100%เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 ช่วงได้แก่ ผู้ป่วยอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยวาระสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่มีอยู่ระหว่างสองกลุ่มดังกล่าว16สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ เลือกผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่มีคะแนน PPS เท่ากับ 40-70 คะแนน

1.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q จะประกอบด้วย 9 คำถาม ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน = 0 เป็นบางวันให้ค่าคะแนน = 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน = 2 และเป็นทุกวันให้ค่าคะแนน = 3 ผลรวมคะแนนที่สูงสุด 27 คะแนน การแปลผลคะแนน 0 - 6 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง17

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ดูแลหลัก จำนวนผู้ดูแลรองและโรคประจำตัว จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ เลือกตอบจำนวน 4 ข้อ และแบบ เติมคำ 6 ข้อ

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย[18] The Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยคะแนนรวม มีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการนำปัจจัยในการดูแล ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสัน โดยกิจกรรมการดูแลซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน โดยรายละเอียดกิจกรรม ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 "สร้างสัมพันธภาพ" เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้วยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลทำความเข้าใจการปฏิบัติตัวขณะเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม จนผู้ดูแลเข้าใจ

ครั้งที่ 2 "การช่วยเหลือและการไว้วางใจ" โดยอาศัยใบงานให้ผู้ดูแลวาดภาพของตนเองที่เน้นจุดเด่นในการบ่งบอกคุณลักษณะของตน และแนะนำตนเองด้วยภาพวาดนั้น เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้รู้จัก ซึ่งกันและกันจนเกิดความไว้วางใจและมีความมั่นใจในการเล่า/ถ่ายทอด/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลในกลุ่ม

ครั้งที่ 3 "การแก้ปัญหา และการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ"อภิปรายถึงประสบการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ความรู้ คำแนะนำ เสริมแรงให้คำชมเชยและกำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเห็นคุณค่าของคนอื่นๆ และกล่าวชมเชยสมาชิกในกลุ่มเมื่อ สมาชิกในกลุ่มให้กำลังกันและกัน และเปิดโอกาสให้สมาชิกที่ได้รับคำชมเชยนั้นได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกขอบคุณต่อผู้ดูแลท่านอื่น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมเอื้ออาทรต่อกัน

ครั้งที่ 4 "การมีศรัทธา และความหวัง" โดยกิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมพลังภายในบุคคลตามความเชื่อของบุคคลนั้น เริ่มจากการสอบถามความเชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วย

และการค้นหาความหวังใหม่โดยการค้นหาเป้าหมายในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจากสิ่งที่มีคุณค่าที่สุดในชีวิตและเป้าหมายในอนาคต

ครั้งที่ 5 “ก่อนวันผลัดใบ” เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการยอมรับในตัวบุคคลโดยส่งเสริมการประกอบกิจกรรมที่ตรงกับความเชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงการส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่ ช่วยให้เกิดความเข้าใจ และ เกิดการยอมรับได้จากภายในของบุคคลโดยการส่งเสริมการทำบทบาทสมมุติในการสื่อสารเมื่อถึงระยะสุดท้าย

ครั้งที่ 6 “โปรแกรมยุติและสิ้นสุดสัมพันธภาพ” สอบถามความต้องการการช่วยเหลือเพิ่มเติม สรุปโปแกรมการดูแลจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษไทย The Center for Epidemiological Studies Depression scale ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 โปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทำการทดสอบโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ดำเนินกิจกรรม ทั้ง 6 กิจกรรม พบว่าในผู้สูงอายุมีคามยากลำบากในการเขียนใบงาน จึงปรับให้มีผู้ช่วยเขียนแทนได้ เมื่อทำกิจกรรม

การพิทักสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 116/2564 อนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัย และผ่านอนุมัติจริยธรรมการวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯตามเอกสารรับรองเลขที่ SWUEC-M-004/2565E ได้รับการอนุญาตในการเข้าเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 ประสานงานเพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูลทำการชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมหรือการปฏิเสธโดยไม่มีผลต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ข้อมูลจะเป็นความลับและรายงานผลเป็นภาพรวมในงานวิจัยเท่านั้น

การดำเนินการทดลอง

1. อนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงาน วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

2. ผู้วิจัยกำการสุ่มอย่างง่ายได้หอผู้ป่วยตามที่กำหนด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง กลุ่มย่อย 5 กลุ่มๆ 5 ราย โดยตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ต่อเนื่องจนครบกิจกรรม 6 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหลังจบโปรแกรม 1 สัปดาห์ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคว์สแควร์ และสถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก เทสต์ สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบมาตรวัดนามบัญญัติ และการวัดแบบมาตรวัดอันดับ และใช้สถิติทดสอบที (t-test) สำหรับข้อมูลที่เป็นแบบมาตรวัดอันตรภาค ขึ้นไป

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง

การทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน และวิเคราะห์ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ระดับการศึกษา, ศาสนา, อาชีพ, รายได้ต่อเดือน, ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย, จำนวนผู้ดูแลหลัก, ผู้ดูแลรอง, โรคประจำตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึงกันส่งผลต่อการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุที่แตกต่างกัน (p = .05)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (n = 25)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	M	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	22.84	5.03	2.14	24	0.042
หลังการทดลอง	19.52	5.43			

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) ภายหลังการทดลอง (M = 19.52, SD = 5.43) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 22.84, SD = 5.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.14, p< .05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 50)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (25)				กลุ่มควบคุม (25)				df	t	p-value
	M	SD	$\bar{D}_1$	SD	M	SD	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนทดลอง	22.84	5.03			24.16	4.59					
			-3.32	7.73			4.24	6.03	48	-5.40	.00
หลังทดลอง	19.52	5.43			28.40	6.15					

พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = -3.24, SD = 7.73) ต่ำกว่าผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2$ = 4.24, SD = 6.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -5.40, p< .001)

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง (M = 19.52, SD = 5.43) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 22.84, SD = 5.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.14, p< .05) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายลดลง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณนั้น เป็นผลมาจากการเข้าร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง ของโปรแกรมฯ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีและการดูแลของวัตสัน (Watson, 1988) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเรียนรู้ผ่านกลวิธี 3 อย่างดังนี้ 1) การมีสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือและความไว้วางใจ การตอบสนองความต้องการทาจิตวิญญาณด้านการมีมิตรภาพ การได้ให้หรือการรับความรัก และการได้รับความเห็นใจและความเมตตา จากกิจกรรม “สร้างสัมพันธภาพ, การช่วยเหลือและการไว้วางใจและการแก้ไข้ปัญหาและการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ” จากทั้ง 3 กิจกรรม ทำให้เกิด การสร้างสัมพันธภาพที่พัฒนาขึ้นในครั้งต่อๆ มา เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลเกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลด้วยกันสามารถลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยได้[19] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากระบวนการสร้างสัมพันธภาพส่งผลให้อาสาสมัครได้มีการปรับเปลี่ยนความคิดอารมณ์และพฤติกรรมได้[20] 2) การส่งเสริมประสบการณ์ในการดูแลที่ผ่านมาของผู้ดูแล และการแก้ปัญหา และการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ การตอบสนองความต้องการทาจิตวิญญาณด้านการมองเห็นประสบการณ์ที่ดีในการดูแล ได้แก่ กิจกรรม “การแก้ปัญหา และการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ” จากกิจกรรมนี้ทำให้เกิด การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรายอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย[21] จึงเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวดูแลที่ดีส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลลดลง 3) การมีศรัทธาและความหวัง ปัจจัยการดูแลตามทฤษฎีที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการทาจิตวิญญาณด้านการได้รับการยอมรับได้แก่ กิจกรรม“การมีศรัทธา และความหวังและก่อนวันผลัดใบ” ทำให้เกิดการทบทวนเกี่ยวกับตนเอง เกิดความหวังใหม่ในชีวิตของผู้ดูแล และเกิดการเตรียมความพร้อมเมื่อถึงวาระสุดท้าย จากการทำกิจกรรมบทบาทสมมุติ จนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดการยอมรับ[22] นำไปสู่การฟื้น หาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี มีความแข็งแกร่งจากภายใน มีสิ่งยึดเหนี่ยวเป็นการสร้างความเข็มแข็งทางใจ ซึ่งส่งผลต่อการเผชิญปัญหาต่างๆของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย[23]

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ มีผลต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($\overline{D}_1$ = -3.32, SD = 7.73) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\overline{D}_2$ = 4.68, SD = 6.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -5.40, p < .001) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทำกิจกรรมในแต่ละครั้งกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การแก้ปัญหา และเกิดการเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันจนเกิดเป็นความสัมพันธ์อย่างเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ลดลง[19] และเกิดการเรียนรู้ เห็นคุณค่าจากประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมา รวมถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ จนเกิดความเข็มแข็งทางใจสามารถเผชิญปัญหาต่างๆในการดูแลได้[28]

กลุ่มควบคุมคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ แต่ได้รับการดูตามปกติของทางโรงพยาบาล อันได้แก่ การดูแลและการบริการตามปกติที่ได้จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วยการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย และการให้คำแนะนำเกี่ยวการดำเนินของโรค ดังนั้นการสอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม สูงกว่ากลุ่มทดลอง

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณในการปฏิบัติ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้

2. พยาบาลสามารถประยุกต์โปรแกรมการดูแลจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยในการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การตอบสนองทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์หลายด้านกับภาวะสุขภาพ จึงควรมีการพัฒนาต่อยอดเป็นแนวทางในการดูแล ที่มีต่อสุขภาวะด้านอื่นๆ ต่อไป

References

1. Insamran W, Sangrajrang S. National Cancer Control Program of Thailand. Asian Pac Journal Cancer Prev. 2020 Mar 1;21(3): 577-82.
2. National cancer institute. Cancer Anywhere. Journal dept med ser 47(4): 5-9. (In thai)
3. Tanataveesaku A. Quality of life and social support need of caregivers of end-stage cancer patients [dissertation]. Pathum Thani: Thammasat University; 2013. (in Thail).
4. Oechsle K, Goerth K, Bokemeyer C, Mehnert A. Anxiety and depression in caregivers of terminally ill cancer patients. Journal of palliative medicine 2013;16(9): 1095-101.
5. Boonyung S, Wisai K. Palliative Outcome Score stress and depression of the caregivers after implemented home based palliative care Guideline among terminally patients of primary care network phrao district chiang mai province. Lanna public health jaunal. 2020;16(2): 104-117 (in Thai).
6. Jampawal T. State Anxiety. Buddhist Psychology Journal. 2018;3(1): 13-19. (in Thai).
7. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Zordan R, Summers M. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients. Psycho-Oncology 2015;24(1): 19-24.
8. Costa-Requena G, Cristófol R, Cañete J. Caregivers' morbidity in palliative care unit: Predicting by gender, age, burden and self-esteem. Supportive Care in Cancer 2012;20(7): 1465-70.
9. Goncalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials.Psychological Medicine 2015;45(14): 2937-49.
10. Hosseini M, Mary DP, Fallahi KM, Green A. Spiritual and religious interventions in health care: An integrative review. Iranian Rehabilitation Journal 2013;11(17): 87-92.
11. Kiyancicek Z, Caydam OD. Spiritual needs and practices among family caregivers of patients with cancer. ACTA Paulista de Enfermagem 2017;30(6): 628-34.
12. Sangthongdee J. A spirituall well being care taking program of relatives of end stage cancer patient base on Buddhist psychology. Journal of social and buddhistic anthropology 2020;5(4): 336-49. (in Thai).
13. Watson J. Nursing human science and human care a theory of nursing. 3rd ed. The United States of America: Jones and Bartlett Publishers; 1988
14. Wei H, Fazzone AK, Hardin RS. The current intervention studies based on watson's theory of human caring: a systematic review. International Journal for Human Caring 2019;23(1): 4-20.

15. Bowland S, Edmond T, Fallot RD. Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. Social Work United States 2012;57(1): 73-82.
16. Chewaskulyong B, Somwangprasert A, Jiraniramai S, Maneeton B, Leerapan T, Mahaprom Cet al, editors. Palliative care. Chiang Mai: Klangwiang Printing; 2013.p. 35-46. (in Thai).
17. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai
18. Kupnirattisakul V, Katumarn P. The Center for Epideiomlogic Studies-Depression Scale (CES-D) in thai people. Siriraj Hosp Gaz 1997; 49(1): 442-48. (in Thai).
19. Vochaidit A. The effect of s resource enhancing program based on pearlin's conception on the depression of the caregivers of elderly with dementia [dissertation]. Pathum Thani: Thammasat University; 2019. (in Thai).
20. Panya S, Dangdomyouth P. The effect of group interpersonal psychotherapy on depression among patients depressive disorder. Journal of the police nurse 2015;7(1): 265-77. (in Thai).
21. Meecharoen W. Family caregiver of cancer patients: roles' adaptation and quality of life promotion. Ramathibodi Nursing Journal 2014;20(1): 10-21. (in Thai).
22. Onsir P. Role of nurse toward taking care of patients with the end of life based on religious beliefs. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2014;15(2): 39-43. (in thai).
23. Pasri P, Sangarun I, 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).
24. Tabtim D, Intarakamhang U, Choochom O. reslince of family cargiver an importan to caring eldrly diabetes militus patients. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology 2021; 6(1): 4-14. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

The Effect of a Self-Care Program Via Line Application on Self-Care in Patients undergoing Percutaneous Coronary Intervention

ฉัตรนิดา ประดิษฐกิจกุล ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ* วารุณี พลิกบัว สุพจน์ ศรีมหาโชตะ**
Chatnida Praditkitkul Doungrut Wattanakitkrileart* Warunee Phligbua Suphot Srimahachota**
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkoknoi, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตามกรอบแนวคิด IMB model กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่นัดมาทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 58 ราย ที่รักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 ราย กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ 2) แบบประเมินความรู้และการดูแลตนเอง 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยาต้านเกล็ดเลือด2ชนิด 4) แบบประเมินการดูแลตนเอง และ 5) โปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ระยะเวลาในการทดลอง 14 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 75.90 อายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 74.20 โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 57.72 ปี (SD = 10.87) และกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 65.97 ปี (SD = 13.09) ก่อนการทดลอง พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .01$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.96$, $p <.01$)

คำสำคัญ: หัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ, สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน, การดูแลตนเอง

Abstract

This randomized controlled trial aimed to study effects of the self-care program via the LINE application on self-care in patients undergoing percutaneous coronary intervention.

Corresponding author : *E-mail: Doungrut.wat@mahidol.ac.th
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วันที่รับ (received) 2 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revsed) 6 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ก.ค. 2566

The IMB model was used as a conceptual framework. The participants were 58 patients with coronary artery disease aged 20 years and up who were scheduled for a percutaneous coronary intervention for the first time at a supertertiary hospital in Bangkok. All participants were randomly assigned to the experimental (N = 29) and control groups (N = 29). The control group received routine care while the experimental group received routine care and self-care program via the LINE application for 14 days. Data collection instruments consisted of 1) the demographic and health information questionnaire 2) The coronary artery disease knowledge and self-care questionnaire 3) The dual anti-platelet medications knowledge questionnaire 4) The self-care after undergoing percutaneous coronary intervention questionnaire and 5) The Self-Care program via Line application. All instruments were considered for coverage, accuracy and suitability of content and language used by five qualified experts. Descriptive statistics and t-test were used to analyze the data. The sample was male (75.90%). 74.20% were older than 55. The experimental group had a mean age of 57.72 years (SD = 10.87) and the control group had a mean age of 65.97 years (SD = 13.09), the sample in both groups was found to have no differences ($p > .05$). At post-test, mean scores of self-care in the experimental group were significantly higher than that at pre-test ($p < .01$) and more than the control group with statistical significance ($t = 20.96$, $p < .01$).

Keywords: percutaneous coronary interventions, smartphone application, self-care

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประชากรไทยและทั่วโลก พบประชากรทั่วโลก อายุ 20 ปี ขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 20.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.2 ของประชากร และเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา 382,820 รายในปี ค.ศ. 2020[1] โดยพยาธิสภาพเกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน จากการสะสมไขมันและเนื้อเยื่อในผนังของหลอดเลือดชั้นในมีการจับตัวเป็น plaque เมื่อมีขนาดใหญ่ขึ้น มีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น เลือดไหลผ่านบริเวณดังกล่าวได้ลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดง เมื่อหลอดเลือดแดงตีบ ร้อยละ 50 หรือมากกว่า อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการเจ็บเค้นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกแรง เป็นลม หมดสติหรือเสียชีวิตเฉียบพลัน[2]

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถรักษาได้ด้วยการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ขั้นตอนในการเตรียมตัวและระยะเวลาในการทำหัตถการน้อย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น วิธีการคือใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย ผ่านทางหลอดเลือดแดงโคโรนารีเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจในตำแหน่งที่มีการตีบ[2,4] ใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 1 คืน พบอุบัติการณ์การตีบซ้ำในระยะแรกหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ไม่ต่อเนื่องและยังพบภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ร้อยละ 1-14 เช่น hematoma, bleeding, pseudoaneurysm[3] โดยมักเกิดใน 6 ชั่วโมงแรกหลังทำหัตถการและระยะแรกของการจำหน่าย จากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ละเลยการดูแลตนเองและไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้[4] การเสริมแรงจูงใจจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองดีขึ้น หากขาดแรงจูงใจจะส่งผลให้การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมลดลง[5] การพยาบาลโดยเน้นทักษะด้านการดูแลตนเอง จะช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

การทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการทางหลอดเลือดหัวใจ ทั้งการสวนหลอดเลือดหัวใจและการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบการศึกษา โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและวิดีทัศน์การ์ตูน แอนิเมชั่นต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[6] การใช้แอปพลิเคชันติดตามหลังทำหัตถการต่อผลลัพธ์ทางคลินิก (การควบคุมความดันโลหิต การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน

และในโรงพยาบาล) และความพึงพอใจ[7] และการใช้แอปพลิเคชันให้ความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ[8] จากการทบทวนวรรณกรรม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการติดตามพฤติกรรมระยะยาว เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งการศึกษาในระยะแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้นยังพบน้อย โดยระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดและยังไม่พบงานวิจัยที่ใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาที่พบ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวล เพิ่มความพึงพอใจ ความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยเน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่เน้นให้ความรู้แบบการสอนการบรรยาย การสอนปากเปล่า การใช้สื่อเช่นแผ่นพับ สื่อวีดีทัศน์ สื่อแอนิเมชั่น และการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการรับส่งข้อมูลที่เป็นการให้ความรู้แบบทางเดียว และขาดการป้อนกลับข้อมูลที่ทันท่วงที ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้หรือความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องได้ ทำให้ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถเลือกเวลาในการรับข้อมูลและไม่สามารถทวนซ้ำข้อมูลได้ มีระยะเวลาจำกัดในการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเอง โดยการนำสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันมาใช้เป็นสื่อกลาง ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย ในการติดตามสุขภาพทางไกล จัดทำเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมและระยะเวลา ในการศึกษา 2 สัปดาห์

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ตามแนวคิด IMB Model[9] ในด้านการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองได้ง่ายขึ้นและได้รับการเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เน้นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ผ่านคู่มือ สื่อวีดิทัศน์ และแถบเมนูในแอปพลิเคชันไลน์ ส่งข้อความกระตุ้นเพื่อเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสนใจในการเรียนรู้ ทวนซ้ำข้อมูลได้และมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถสนทนาถามตอบกับผู้วิจัยได้แบบรวดเร็ว มีการตอบกลับเป็นรายบุคคล เสริมแรงทางบวกโดยการสะสมคะแนนการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด และส่งข้อความชื่นชม สามารถประเมินความรู้ผู้ป่วยระหว่างการศึกษาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

สมมติฐานการวิจัย

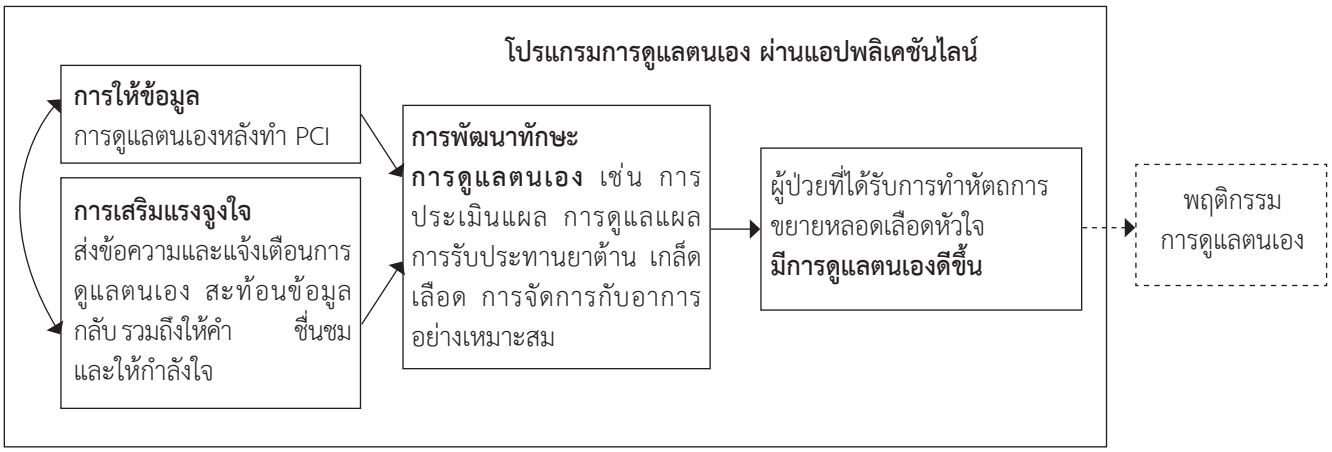
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมฯ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเอง หลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมฯ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิด IMB Model[9] นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูล (Information) 2) การเสริมแรงจูงใจ (Motivation) ประกอบด้วย แรงจูงใจของบุคคลและแรงจูงใจทางสังคม ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจหรือความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมต่างๆ และมีผลโดยอ้อมผ่านทักษะพฤติกรรมทางสุขภาพ และ 3) การพัฒนาทักษะ (Behavioral skills) พฤติกรรมใดๆ จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน จากการได้รับข้อมูลและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เกิดทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ในงานวิจัยครั้งนี้มีการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการปฏิบัติต่อเนื่องจนเกิดพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการ

ขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการดูแลตนเองดีขึ้น กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ดัดแปลงมาจากแนวคิด IMB Model

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่นัดมาทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ เพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป สุ่มจากประชากรที่คลินิกเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการสวนหัวใจ เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ป่วยที่มีสมาร์ตโฟนและสามารถเข้าถึงการใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ สามารถอ่าน ฟัง เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ การรู้คิดปกติ เกณฑ์คัดออก มีโรคร่วมรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค มีโรคทางจิตเวช มีแผนการทำหัตถการอื่นระหว่างการศึกษา มีการจำหน่ายล่าช้า เป็นผู้ที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไม่ส่งรูปแผลให้ผู้วิจัย ใน 3 วันแรก ตอบสนองต่อกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ น้อยกว่า 75% และเข้ารับการฉุกเฉินหรือเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดอำนาจทดสอบที่ .85 และคำนวณขนาดอิทธิพลโดยใช้งานวิจัยใกล้เคียง[10] คำนวณจากสูตรของกลาสได้ค่า d = 1.85 จึงเลือกใช้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ที่ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 29 ราย รวมทั้งหมด 58 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (random assignment) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและได้รับข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัย ได้รับคำแนะนำการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ คู่มือการปฏิบัติตัว ก่อนจำหน่ายกลับบ้านจะได้รับคำอธิบายถึงกิจกรรมที่จะได้รับตลอดการวิจัย นัดหมายการส่งภาพแผลให้ผู้วิจัยใน 3 วันแรก จากนั้นผู้วิจัยจะส่งวิดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังทำหัตถการด้านต่างๆ ให้ผู้ป่วยวันละ 1-2 หัวข้อ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะได้รับการนัดหมายเพื่อตอบแบบประเมินความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจและการดูแลตนเอง แบบประเมินความรู้ด้านการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด และแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในวันที่มาตรวจตามนัด ที่คลินิกอายุรกรรมหัวใจ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (IBM® SPSS® Statistics Version 23)

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง แบบประเมินสมรรถภาพสมองมินิ-ค็อก ฉบับภาษาไทย สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยคะแนนรวม ≥3 คะแนน หมายถึง มีการรู้คิดปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาโดยผู้วิจัย 21 ข้อ แบบเลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบ ได้ 0 แบ่งเกณฑ์คะแนน

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง มีความรู้ระดับดี 4) แบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด พัฒนาโดย ชาคริญาณ์ บุญเกื้อ และคณะ[11] 10 ข้อ แบบเลือกตอบว่า ถูก ผิด และไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ คะแนนรวม 10 คะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบ ได้ 0 แบ่งเกณฑ์คะแนน คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ฯระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง มีความรู้ฯระดับดี 5) แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดยผู้วิจัย 25 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ต มี 5 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1.0 – 2.3 หมายถึง มีการดูแลตนเองไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.4 – 3.7 หมายถึง มีการดูแลตนเองพอใช้ และคะแนนเฉลี่ย 3.8 – 5.0 หมายถึง มีการดูแลตนเองดี 6) แบบประเมินแผล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประเมินแผลเฉพาะกลุ่มทดลอง โดยให้ส่งรูปภาพและระดับสีที่ประเมินแผลตนเองได้ มาให้ผู้วิจัยประเมินและสะท้อนกลับข้อมูลที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิด IMB Model[9] ประกอบด้วย 1) คู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการดูแลตนเองหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ เช่น ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การดูแลแผลและการประเมินแผล การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด อาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น 2) คู่มือการถ่ายภาพ การใช้งานแถบเมนู ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ 3) แถบเมนู บนแอปพลิเคชันไลน์ 6 แถบเมนู ประกอบด้วย 1. เว็บไซต์ที่มีข้อมูลโดยย่อ 2. คู่มือความรู้คู่สุขภาพหัวใจ 3. วีดีทัศน์การดูแลตนเอง 4. สะสมคะแนนการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด สองชนิด 5. ติดตามนัดหมาย 6. การติดต่อเมื่อฉุกเฉิน 4) สื่อวีดิทัศน์ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการดูแลตนเองหลังทำหัตถการ 13 เรื่อง ซึ่งมีเนื้อหาเช่นเดียวกับคู่มือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือใช้ในการดำเนินการวิจัย ผ่านการพิจารณาความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No. IRB-NS2022/659.1402 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 และจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ COA No. 0519/2022 รหัสโครงการ IRB ลงวันที่ 21 เมษายน 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการดูแลตนเอง แบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดและแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มและเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำในการเตรียมพร้อมก่อนทำหัตถการและการดูแลตนเองหลังทำหัตถการ จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเป็นรายบุคคล แนะนำและสาธิตการใช้แถบเมนู ในแอปพลิเคชันไลน์ มอบคู่มือความรู้และคู่มือการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ส่งสื่อวีดีทัศน์และภาพ Infographic เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังทำหัตถการ ให้กลุ่มทดลอง วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 หัวข้อ จนครบ 14 วัน นัดหมายให้กลุ่มทดลองส่งภาพแผลและการประเมินแผลให้ผู้วิจัย 3 วันแรก ส่งข้อมูลการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดมายังผู้วิจัย ให้ข้อมูลป้อนกลับพร้อมคำแนะนำคำชมเชย ให้กำลังใจ ระยะเวลาของโปรแกรมฯ รวม 14 วัน

หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ นัดหมายผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรู้การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด สองชนิดและการดูแลตนเองหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ เมื่อมาตรวจตามนัดที่คลินิกอายุรกรรมหัวใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าก่อนการทดลอง มีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น และกำหนดนัยสำคัญที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา และข้อมูลทางคลินิกระหว่างกลุ่ม ที่เป็นข้อมูลในระดับ นามบัญญัติ โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square test และ Fisher's Exact test วิเคราะห์เปรียบเทียบ คะแนนความรู้ฯ และคะแนนการดูแลตนเองภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Pair t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ฯ และคะแนนการดูแลตนเอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75.90 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 57.72 ปี (SD = 10.87) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 65.97 ปี (SD = 13.09) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ โรคร่วม จำนวนเส้นเลือดหัวใจตีบ ชนิดของขดลวดค้ำยัน ตำแหน่งที่ใส่สายสวนหัวใจ ชนิดของยาต้านเกล็ดเลือดที่ได้รับและภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 25)	15.36	.52	20.68	.56	-10.45	<.01
กลุ่มควบคุม (n = 29)	12.31	3.86	13.31	3.62	-2.17	<.05

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการดูแลตนเองหลังการทดลองมากกว่ากว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.45$, $p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุม มีเฉลี่ยคะแนนความรู้ฯ หลังการทดลองมากกว่ากว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.17$, $p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้ด้านการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 29)	4.83	2.45	8.07	1.49	-6.98	<.01
กลุ่มควบคุม (n = 29)	4.00	1.79	4.72	1.44	-2.23	<.05

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความรู้ด้านการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.98$, $p < .01$) ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ฯ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.23$, $p < .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนการดูแลตนเอง หลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	63.67	6.31	62.25	3.23	.98	.33
หลังการทดลอง	109.46	4.10	80.88	5.28	20.96	< .01
ความต่างของคะแนนก่อนและหลัง	45.79	5.79	18.63	4.32	18.43	< .01

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (t = .98, p = .33) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง (mean difference) พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 18.43, p <.01)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองทั่วไป จำแนกเป็นรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง (N=24) และหลังการทดลอง (N = 24) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*p-value < .05, ** p-value < .01)

คะแนนการดูแลตนเองรายด้าน	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง Mean (SD)	หลังการทดลอง Mean (SD)	z	ก่อนการทดลอง Mean (SD)	ก่อนการทดลอง Mean (SD)	z
การดูแลตนเองทั่วไป						
ด้านการรับประทานอาหาร	17.38 (3.63)	22.63 (2.58)	-9.68**	15.67 (3.13)	15.13 (2.69)	1.73
ด้านการออกกำลังกาย	7.83 (2.75)	13.54 (.93)	-10.14**	7.00 (2.17)	6.42 (2.77)	1.35
ด้านการจัดการกับอาการของโรค	7.54 (1.74)	9.42 (1.06)	-4.73**	7.71 (1.49)	8.17 (1.66)	-1.97
ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงในการกำเริบซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ	7.92 (2.41)	11.25 (1.36)	-7.00**	8.88 (2.77)	8.79 (2.75)	.37

จากตารางที่ 4 คะแนนการดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายด้าน หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง มีการดูแลตนเองดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญ (p < .01) ส่วนกลุ่มควบคุม มีการดูแลตนเองคงเดิมทั้ง 4 ด้าน (p > .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยว คือกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีการดูแลตนเองรายด้านดีขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมนี้พัฒนาจากแนวคิด IMB Model[9] โดยนำ 3 องค์ประกอบหลักสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผ่านคู่มือ ประกอบด้วย 1) โรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3) การรับประทานอาหาร 4) การออกกำลังกาย 5) การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด 6) การจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ 7) การลดปัจจัยเสี่ยงในการกำเริบซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ 8) การดูแลแผลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีสื่อวีดีทัศน์ช่วยให้ผู้ป่วยสะดวก ใช้เป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพด้านการดูแลตนเอง

และสามารถนำมาเปิดทวนซ้ำได้ ช่วยในการเรียนรู้และจดจำข้อมูล กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

2. การเสริมแรงจูงใจ ในระดับบุคคล โดยสร้างทัศนคติในทางบวกและความเชื่อที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง และในระดับสังคม โดยการให้ข้อมูลการดูแลตนเองและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรายบุคคล และแจ้งเตือนการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเป็นประจำทุกวัน ผ่านข้อความและภาพ Infographic เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดและส่งข้อมูลมา ผู้วิจัยจะสะท้อนผลการประเมินกลับ พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและให้คำชมเชย เพื่อสร้างกำลังใจ มีบัตรสะสมคะแนนการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคะแนนเมื่อสแกน QR code ที่หน้าซองยาต้านเกล็ดเลือด ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ให้กลุ่มตัวอย่างส่งภาพแผลมาให้ ผู้วิจัยสะท้อนผลการประเมินเป็นระดับสี (สีเขียว หมายถึง ปกติ สีเหลือง หมายถึง ควรเฝ้าระวังและสังเกตอาการ และสีแดง หมายถึง อันตราย ควรรีบมาพบแพทย์) หากผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี เสริมแรงจูงใจโดยให้คำชื่นชม หากไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจะช่วยหาสาเหตุและให้คำแนะนำพร้อมทั้งให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป

3. การพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง โดยใช้สื่อวีดีทัศน์ ประกอบด้วย ทักษะการรับประทานยาต้าน เกล็ดเลือดที่ถูกต้อง ทักษะการประเมินแผลและการดูแลแผล ผู้วิจัยประเมินความถูกต้องพร้อมให้ข้อมูลป้อนกลับ ติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองถูกต้องและผู้วิจัยสามารถรับรู้ถึงการดูแลที่ไม่เหมาะสมและช่วยแก้ไขได้ทันทีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ นำไปสู่ผลลัพธ์คือการดูแลตนเองที่ดีขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบปัญหาในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติ คุ้นเคยและใช้งานแอปพลิเคชันไลน์เป็นประจำ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิด IMB Model[9] ดังนี้ ผลของโมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดย 4 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$)[12] การพัฒนาแอปพลิเคชัน ใน 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$)[13] และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการเฝ้าระวังตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใน 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = 9.67, p < .01$)[14] กล่าวได้ว่า โปรแกรมการดูแลตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ จากกรอบแนวคิด IMB Model[9] ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สามารถใช้ได้เฉพาะในโทรศัพท์สมาร์ทโฟนและมีสัญญาณอินเตอร์เน็ตเท่านั้น อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยของประชากร มีโอกาสสุ่มได้ไม่เท่าเทียมกัน

2. งานวิจัยครั้งนี้ใช้ได้เฉพาะในผู้ป่วยที่นัดมาทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรกเท่านั้น จึงไม่สามารถใช้โปรแกรมฯนี้ ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและผู้ป่วยที่มาทำหัตถการแบบฉุกเฉินได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ จึงเสนอแนะให้มีการนำโปรแกรมการฯนี้ มาใช้สำหรับผู้ป่วยที่ทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยก่อนนำโปรแกรมไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลและปรับให้เป็นปัจจุบันตามแนวเวชปฏิบัติ และเนื่องจากสื่อวีดีทัศน์ในการวิจัยครั้งนี้ หัวข้อการเตรียมตัวก่อน ขณะและหลังทำหัตถการ เนื้อหาบางส่วนเป็นคำแนะนำเฉพาะของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา หากนำไปใช้ควรปรับสื่อวีดีทัศน์ให้เหมาะสมตามคำแนะนำของแต่ละโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มอื่นๆ และทำการศึกษาในสถานที่อื่นที่ลักษณะของผู้ป่วย สถานที่และบริบทแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อสามารถ

อ้างอิงการนำโปรแกรมฯนี้ไปใช้ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มอื่นได้

2. ควรมีการศึกษาติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในระยะยาว เพื่อติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกด้านอื่น เช่น การกำเริบของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

References

1. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, et al. Heart disease and stroke statistics-2022 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2022;145(8): e153-e639.
2. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Thai Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020. Bangkok. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage; 2020.
3. Batiha A-M, Abu-Shaikha HS, Alhalaiqa FN, Jarrad RA, Abu Ramadan HJ. Predictors of complications after sheath removal post transfemoral percutaneous coronary interventions. Open Journal of Nursing. 2016;06(06): 497-504.
4. Damrongsin S., Putwatana P., Khuwatsamrit K. Self–care behaviors among patients with coronary in-stent restenosis. The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2): 220-7. (in Thai)
5. Rerkluenrit J. Effect of learning-activated-telephone-home visiting (lath) program on quality of life among patients with coronary artery disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2019;30(1): 89-100. (in Thai)
6. Srijun J., Kaveevivitchai C., Neelapaichit N., Chantadansuwan T. Effects of Self-Efficacy-Promoting Program with Cartoon Animation Videos on Knowledge, Anxiety, and Perceived Self-Efficacy in Patients Undergoing Cardiac Catheterization. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018;33: 89-102. (in Thai)
7. Yadav S, Sethi R, Pradhan A, Vishwakarma P, Bhandari M, Gattani R, et al. 'Routine' versus 'Smart Phone Application Based-Intense' follow up of patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: Impact on clinical outcomes and patient satisfaction. International Journal of the American College of Cardiology. 2021;35: 100832.
8. Guo J, Zhang H, Zhang H, Zhang L, Zhao L. Application of continuous nursing based on WeChat platform in patients with coronary heart disease after intervention therapy. Revista de Investigación Clínica. 2020;61: 298.
9. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. Psychological Bulletin. 1992;111(3): 455-74.
10. Lee J, Lee H. The effects of smart program for patients who underwent Percutaneous Coronary Intervention (SP-PCI) on disease-related knowledge, health behavior, and quality of life: a non-randomized controlled trial. Journal of Korean Academy of Nursing. 2017;47(6): 756-69.
11. Boonkua C., Wattanakitkrileart D., Sriprasong S., Dumavibhat C. Factors predicting adherence to dual antiplatelet medications among patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention. Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40: 60-75. (in Thai)
12. Athilingam P, Jenkins B, Johansson M, Labrador M. A mobile health intervention to improve self-care in patients with heart failure: pilot randomized control trial. Journal of Medical Internet Research Cardio. 2017;1(2): e3.
13. Jeon E, Park HA. Experiences of patients with a diabetes self-care app developed based on the information-motivation-behavioral skills model: before-and-after study. Journal of Medical Internet Research Diabetes. 2019; 4(2): e11590.
14. Mahaviriyotai K., Wattanakitkrileart D., Poungkaew A. The effect of information provision, motivation, and self-monitoring skill program through LINE application on self-care behaviors in patients with Heart Failure. Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(1): 47-63. (in Thai)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี

The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines under Anesthetic Management for Vascular Access Operation in UdonThani Hospital

นันท์นภัส เนียมแสงทวีแสง* สุภาภรณ์ รัตนสิมากร
Nunnapat Niemsangtaveesang* Supaporn Rattanasimakorn
โรงพยาบาลอุดรธานี, อุดรธานี, ประเทศไทย, 41000
Udonthani Hospital, Udonthani, Thailand, 41000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เป็นการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) ระยะสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) ระยะการทดลองใช้แนวปฏิบัติ และ 4) ระยะการนำไปใช้จริง และประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยผ่าตัดเส้นฟอกเลือดที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 55 คน และกลุ่มทดลอง 55 คน และ 2) วิสัญญีพยาบาล จำนวน 48 คน ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การอบรมการใช้แนวปฏิบัติ 2) การประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3) การเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกโดยการให้ข้อมูลผ่านสื่อวิดีโอ 4) การดูแลขณะระงับความรู้สึก 5) การดูแลระยะหลังการระงับความรู้สึก และ 6) การติดตามหลังผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ทุกองค์ประกอบ ร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจระดับมากต่อการใช้แนวปฏิบัติ (mean = 4.27 SD = 0.5) ภาวะแทรกซ้อนช่วงการระงับความรู้สึกภายหลังใช้แนวปฏิบัติมีอุบัติการณ์เกิดน้อยกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ

สรุปผลการศึกษา แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ที่ดีเมื่อนำมาใช้จริง จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิผล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การระงับความรู้สึก การผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด

Abstract

This research and development is a study to develop the Clinical Nursing Practice Guidelines under anesthesia for vascular access operation. It consists of 4 phases: 1) evidence triggered phase, 2) evidence supported phase, 3) the Clinical Nursing Practice Guidelines trial phase, and 4) implementation phase and Evaluation. The sampling was 110 patients undergoing vascular access operation anesthesia. The sampling was divided into 55 patients each of a control group and experimental group, and 48 nurse anesthetists, Udonthani hospital. The research results found that there are 6 components of the Clinical Nursing Practice Guidelines: 1) training in using the guidelines, 2) assessing patient readiness before surgery, 3) preparing patients

*Corresponding Author: E-mail: niem1964@gmail.com

วันที่รับ (received) 7 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accept) 29 มี.ค. 2567

before anesthesia by providing information through video media, 4) care during anesthesia, 5) post-anesthesia care, and 6) post-operative follow-up., The nurse anesthetists were able to use the guideline in every component 100% and had the high level of satisfaction of the guideline (mean = 4.27, SD = 0.5), complications during anesthesia after using the guidelines were less common than before using the guidelines.

Conclusion: Clinical nursing practice guidelines under anesthesia for vascular surgery for hemodialysis help produce good results, Therefore, it is appropriate to use it as a standard for effective nursing practice.

Keyword: Clinical Nursing Practice Guidelines, Anesthetic Management, Vascular Access Operation

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต 1 ใน 10 ทั่วโลก ของประชากรทั่วโลก[1,2] จากประกาศการรักษาบำบัดทดแทนไต เริ่ม 1 มกราคม 2565 ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีรักษาบำบัดทดแทนไตได้ส่งผลให้มีผู้ป่วยเลือกเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดมากขึ้น เนื่องจากมีความสะดวกรวดเร็ว[3] โดยองค์ประกอบสำคัญในการฟอกเลือดคือการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือด โดยประเภทของเส้นฟอกเลือด ได้แก่ Arteriovenous fistulas Arteriovenous Graft หรือ Permanent catheter การผ่าตัดเส้นฟอกเลือด โดยทั่วไปศัลยแพทย์จะเป็นผู้ให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในการผ่าตัด[4-6] ผู้ป่วยบางส่วนล้มเหลวในการผ่าตัดเนื่องจากการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ไม่สำเร็จ จึงจำเป็นต้องปรึกษาวิสัญญีเพื่อให้การระงับความรู้สึกที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้[7,8] ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อเตรียมหลอดเลือดสำหรับฟอกเลือดนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและได้รับยาหลายชนิด ซึ่งอาจส่งผลทำให้การระงับความรู้สึก และการผ่าตัดไม่สำเร็จ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นผิดปกติ หอบเหนื่อยมากขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นระยะเวลานานส่งผลให้การทำงานหัวใจล้มเหลว[8-10] ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลและทีมสหวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าว โดยมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินก่อนการทำหัตถการ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนและการดูแลเมื่อได้รับการระงับความรู้สึก การวางแผนให้การระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ และการติดตามภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เพื่อให้การผ่าตัดสำเร็จ และผู้ป่วยปลอดภัย[11,12]

จากการศึกษาสถิติข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเส้นเพื่อฟอกเลือดในปี พ.ศ. 2565 หน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า มีการให้บริการระงับความรู้สึกในรายที่ทำผ่าตัดเส้นฟอกเลือดและแก้ไขเส้นฟอกเลือด ได้แก่ Arteriovenous fistulas Arteriovenous Graft และ Permanent catheter จำนวน 150 64 และ 22 ราย ตามลำดับ[13] ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง และเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นเมื่อต้องระงับความรู้สึก จากข้อมูลบันทึกเวชระเบียนย้อนหลังของกลุ่มงานวิสัญญี ในปี พ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อน-ขณะทำผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง 120 ราย ต้องใช้ยาช่วยลดความดันโลหิตทุกรายเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 3 ราย cardiac arrest 2 ราย ภาวะหลอดเลือดสมอง 1 ราย ภาวะซีด และสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดจำเป็นต้องให้เลือด 3 ราย คลื่นไส้อาเจียน 5 ราย และยังพบว่ามีการย้ายหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนหลังผ่าตัด 1ราย[13] ปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้หากมีแนวทางการดูแลที่เหมาะสม การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามแนวคิดของซูคัพเป็นแนวคิดที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐานและความปลอดภัย[14] จากการปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่าแนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำตามมาตรฐานการดูแลของวิสัญญีพยาบาลเท่านั้น ยังไม่มีการทบทวนการดูแลและพัฒนาอย่างเป็นระบบ และยังไม่มีเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มนี้[15]

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีจึงสนใจในการทำพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือดที่เกิดในโรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อเป็น

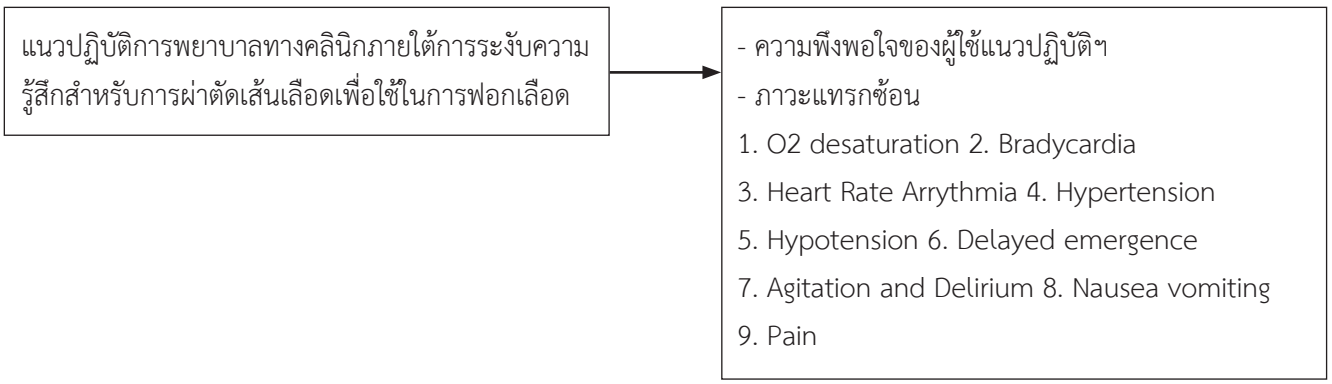
แนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐาน สามารถ ลดการเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนขณะระงับความรู้สึกในการผ่าตัด และให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงและผู้ป่วยมีความปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด
3. เพื่อศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้เป็นการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยผู้วิจัยได้เลือกใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพ[14] โดยประเมินผลลัพธ์จากการวัดตัวแปร ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพ[14] ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ค้นหาปัญหาจาก 2 แหล่ง คือ

1.1 การปฏิบัติงาน (practice triggers) จากประสบการณ์การปฏิบัติงาน และทบทวนเวชระเบียน

1.2 แหล่งความรู้ (knowledge triggers) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นนำเป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมกับทีมสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 2 ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิก (evidence supported phase) เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การคัดเลือกและเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นตามกรอบของ PICO ดังนี้ P: population or problem ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดทำเส้นฟอกเลือด, ESRD undergoing vascular access operation, I: intervention ได้แก่ การพยาบาลก่อน ขณะ และหลังการระงับความรู้สึกผู้ป่วย, Clinical Nursing Practice Guideline, Aesthetic Management, O: outcome ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก

2.2 เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2566 ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

2.3 แหล่งในการสืบค้นและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

2.3.1 กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่ให้งานวิจัยเดี่ยว ได้แก่ CINAHL, PubMed, Thai list

2.3.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น: การพยาบาลภายใต้การระงับความรู้สึก และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้

รับการผ่าตัดทำเส้นฟอกเลือด, Clinical Nursing Practice Guideline & ESRD undergoing vascular access operation, Aesthetic Management & vascular access operation & Reduce complication

2.4 กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับของงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout[16] ซึ่งจากการสืบค้นผู้วิจัยได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 10 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง, งานวิจัยระดับ 2 จำนวน 1 เรื่อง, งานวิจัยระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง, งานวิจัยประเภทระดับ 4 จำนวน 4 เรื่อง และงานวิจัยระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง

2.5 ผู้วิจัยนำงานวิจัยที่สืบค้นได้มาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ดังนี้ 1) การประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 2) การประเมินความหมายเชิงศาสตร์ 3) การประเมินแนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติ

2.6 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการและการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดทำเส้นฟอกเลือดภายใต้การระงับความรู้สึก โดยจากการสังเคราะห์พบประเด็น ดังนี้ [5,8,9]

1) การประเมินเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก 3) การดูแลขณะระงับความรู้สึก 4) การดูแลระยะหลังการระงับความรู้สึก 5) การติดตามหลังผ่าตัด

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไข (Evidence-observed phase) ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ (ร่าง) แนวปฏิบัติฯ และทดลองใช้ (try out) โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฉบับร่างนี้ไปทดลองใช้กับโรงพยาบาลที่มีความคล้ายกันกับโรงพยาบาลอุดรธานี นำไปทดลอง (try out) ใช้กับพยาบาลวิสัญญีในโรงพยาบาลที่มีความคล้ายกัน จำนวน 30 คน และผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่ามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการประเมินความรู้และทักษะในการดูแลและจัดการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดทำเส้นฟอกเลือดภายใต้การระงับความรู้สึก และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่วิสัญญีพยาบาลเพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรศึกษาและเพิ่มการพยาบาลทางเลือก เช่น การใช้ดนตรี เป็นต้น ในการช่วยจัดการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายใต้การระงับความรู้สึก

3. ควรจัดทำแผ่นบันทึกข้อมูลภาพและเสียง (video compact disks: VCD, dual video disk: DVD) เรื่องการให้ข้อมูลการเตรียมตัวเข้ารับการระงับความรู้สึก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในการปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น ภายหลังได้ข้อเสนอแนะจากการทดลองนำไปใช้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ โดยได้ข้อสรุปขององค์ประกอบแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี ดังนี้ 1) การอบรมการใช้แนวปฏิบัติ 2) การประเมินเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3) การเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (Preanesthetic preparation) โดยการให้ข้อมูลผ่านสื่อวิดีโอ 4) การดูแลขณะระงับความรู้สึกและการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 5) การดูแลระยะหลังการระงับความรู้สึก และ 6) การติดตามหลังผ่าตัด

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้จริง (Evidence-based phase) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาที่ผ่านการทดลองใช้และแก้ไขปรับปรุงแล้วมาใช้จริงในกลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี ในเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม และวัดผลลัพธ์ โดยมีกระบวนการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1. ผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือดที่เข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 158 ราย (พ.ศ. 2565) 2. วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 49 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1. ผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือดภายใต้การระงับความรู้สึกที่เข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 55 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 55 คน 2. วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี ทั้งหมดจำนวน 48 คน (ไม่รวมผู้วิจัย) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม G* POWER 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง = 0.8 กำหนดอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 รวมทั้งสิ้น

110 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 55 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำการใช้แนวปฏิบัติฯ ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึก และหลังระงับความรู้สึก และวิดีโอเรื่องการให้ข้อมูลการเตรียมตัวเข้ารับการระงับความรู้สึก ระยะเวลา 10 นาที

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (2) แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 30 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ขณะผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ จะเป็นผู้บันทึกข้อมูลโดยใช้การประเมินซึ่งเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ “ปฏิบัติ” และ “ไม่ปฏิบัติ” พร้อมกับบอกเหตุผลในข้อที่ไม่ปฏิบัติ (3) แบบสอบถามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 14 ข้อ มี 4 ด้านแต่ละด้านแบ่งเป็นข้อย่อยข้อละ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด (4) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1. O_2 desaturation 2. Bradycardia 3. Heart Rate Arrythmia 4. Hypertension 5. Hypotension 6. Delayed emergence 7. Agitation and Delirium 8. Nausea vomiting และ 9. Pain

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือดที่พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือดที่พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 14 ข้อ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ ผลการคำนวณได้ค่า CVI = .92 และ .96 นำไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคเท่ากับ 0.81 และ 0.76 ตามลำดับ

2. คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด วิดีโอเรื่องการให้ข้อมูลการเตรียมตัวเข้ารับการระงับความรู้สึก แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และประเมินความคิดเห็นในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ใน 3 ด้าน 1. การนำงานวิจัยไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง และ 3. ความคุ้มทุน โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผลการตรวจสอบพบว่าเนื้อหามีความเหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลอุดรธานี ผู้วิจัยดำเนินการการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม–ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมการใช้แนวปฏิบัติแก่วิสัญญีพยาบาล ภายหลังจบอบรมให้วิสัญญีพยาบาลนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง และผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและดำเนินการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมซึ่งใช้ แนวปฏิบัติเดิมในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2566 จำนวน 55 คน และดำเนินการปฏิบัติการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มทดลองในช่วงเดือนตุลาคม– ธันวาคม พ.ศ. 2566 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ระยะก่อนการระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึก และหลังการระงับความรู้สึกจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยในแต่ละรายใช้ระยะเวลา 2-3 วัน

ประเมินผลลัพธ์กับกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 48 คน โดยให้พยาบาลวิสัญญีแต่ละคนตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและ

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญี ส่งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะหลังการใช้แนวปฏิบัตินี้ครบตามจำนวนผู้ป่วยที่กำหนด และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วย โดยผู้วิจัยดำเนินการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นแก่กลุ่มทดลอง 55 ราย และวัดผลลัพธ์ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี ตามรหัส UDH REC No. 46/2566 ลงวันที่ 29 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 และให้เข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย วันที่ 29 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในทุกระยะของการดำเนินการวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับประโยชน์สูงสุด

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัญหาในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเส้นฟอกเลือด พบว่ามีปัญหาแยกเป็นรายด้าน 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านแนวปฏิบัติจากการสังเกตวิธีการปฏิบัติและสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่าการปฏิบัติแบบเดิมไม่มีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือครั้งแรกที่แพทย์นัดทำเส้นฟอกเลือด รวมถึงไม่มีการเขียนแนวปฏิบัติของหน่วยงานให้ชัดเจน

1.2 ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล จากข้อมูลของวิสัญญีพยาบาลพบว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นต่างสำเร็จการศึกษามาหลากหลายสถาบันแนวความคิดในการดูแลอาจมีความแตกต่างกันในด้านของเทคนิค วิธีการ และประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน

1.3 ด้านผลลัพธ์ปีงบประมาณ 2563, 2564, 2565 พบว่ามีอัตราการงดเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากไม่ได้เตรียมความพร้อมซึ่งพบมากที่สุดคือในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เตรียมความพร้อมพบว่าเมื่อระงับความรู้สึกและทำผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดพบมีปัญหาความดันโลหิตสูง หรือมีปัญหาความดันโลหิตสูงและไม่สามารถระงับความรู้สึกได้ทำให้เกิดการงด เลื่อนผ่าตัด และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะระงับความรู้สึก ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น

1.4 ด้านต้นทุนและภาระงาน พบว่า เมื่อมีการงด เลื่อนผ่าตัด ส่งผลต่อเสียเวลาในการเตรียมห้องและอุปกรณ์และการเตรียมกำลังคน

1.5 ด้านผู้รับบริการ ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และความวิตกกังวลของผู้ป่วย รวมถึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดล่าช้า

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อปฏิบัติ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การอบรมการใช้แนวปฏิบัติ 2) การประเมินเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3) การเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (Preanesthetic preparation) โดยการให้ข้อมูลผ่านสื่อวิดีโอ 4) การดูแลขณะระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 5) การดูแลระยะหลังการระงับความรู้สึก 6) การติดตามหลังผ่าตัด

3. ผลของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด

3.1 ด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติ จากการประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยให้วิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลอุดรธานี ทุกคน จำนวน 48 คน นำไปใช้จริงในหน่วยงานและได้ประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (mean = 4.27, SD = 0.5)

3.2 ด้านผู้ป่วย ประเมินโดยอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดช่วงระยะที่เกิดการระงับความรู้สึก

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดช่วงระยะที่เกิดการระงับความรู้สึก

อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน	อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มควบคุม (n = 55)	กลุ่มทดลอง (n = 55)
1. O2 desaturation	0 (0)	0 (0)
2. Bradycardia	1 (1.8)	0 (0)
3. Heart Rate Arrythmia	1 (1.8)	0 (0)
4. Hypertension	10 (18.2)	1 (1.8)
5. Hypotension	7 (12.5)	2 (3.7)
6. Delayed emergence	3 (2.7)	0 (0)
7. Agitation and Delirium	2 (3.6)	0 (0)
8. Nausea vomiting	1 (1.8)	0 (0)
9. Pain	0 (0)	0 (0)

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใต้การระงับความรู้สึกลดลง โดยพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ น้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ อุบัติการณ์ที่พบมากที่สุด 3 อันดับในกลุ่มควบคุม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.2 ความดันโลหิตต่ำร้อยละ 12.5 และการผ่าตัดล่าช้า ร้อยละ 2.7 ในขณะที่กลุ่มทดลองพบการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำร้อยละ 3.7 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.8

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนวิจัยพัฒนาร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดของซูคัพ[14] เมื่อนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะระงับความรู้สึกลดลง โดยจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ความดันโลหิตต่ำร้อยละ 3.7 และ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.8 ซึ่งน้อยกว่าอุบัติการณ์ที่พบในกลุ่มควบคุมคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.2 ความดันโลหิตต่ำร้อยละ 12.5 และการผ่าตัดล่าช้า ร้อยละ 2.7 ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติเดิมที่ให้การดูแลตามมาตรฐานของวิสัญญีพยาบาลเท่านั้น เป็นเพียงการดูแลในระยะก่อนการระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด ขณะระงับความรู้สึก และหลังการระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง และไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ในครั้งนี้นั้นมีกระบวนการในการประเมิน และดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมในการระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดโดยวีดีโอ ซึ่งมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย ทันสมัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อเข้าผ่าตัด การเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและเข้ารับการระงับความรู้สึก เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมได้ถูกต้อง ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนในการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการงดน้ำงดอาหาร หรือช่วยลดความกังวลซึ่งความวิตกกังวลส่งผลต่อร่างกายและจิตใจทำให้มีการหลั่งสารแคทโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ เส้นเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งอาจเป็นปัญหาต่อการระงับความรู้สึก[17] นอกจากนี้ในแนวปฏิบัตินี้ยังมีการติดตามภายหลังการระงับความรู้สึกไปจนถึงจำหน่ายทำให้มีการดูแลอย่างครอบคลุมจึงสามารถช่วยลดอุบัติการณ์นี้ได้ โดยจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์การผ่าตัดล่าช้า และไม่มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้น ดังนั้นในการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้จึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีดังผลการวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับการผ่าตัดอื่นๆ ได้โดยการปรับการเนื้อหาการดูแล และการติดตามภาวะแทรกซ้อนให้เฉพาะในการผ่าตัด

2. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าการใช้สื่อในการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยมีความสนใจ และเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาของข้อมูลที่ให้มากขึ้น จึงควรมีการนำวิธีการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อไปใช้ในการให้ข้อมูลด้านอื่นๆแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ และความดันโลหิตสูงขณะระงับความรู้สึก จึงควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนภายใต้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการทำเส้นฟอกเลือด เพื่อหาปัจจัยและพัฒนานวัตกรรมหรือแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยกระบวนการวิจัยให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและบริบทของการให้บริการของหน่วยงาน และผลงานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้น

References

1. Shrestha N, Gautam S, Mishra SR, Virani SS, Dhungana RR. Burden of chronic kidney disease in the general population and high-risk groups in South Asia: A systematic review and meta analysis. PLOS ONE. 2021;16(10): 1-19.
2. Department of Disease Control. Epidemiology and review of preventive measures for chronic kidney disease. Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2022: 4-9. (In Thai)
3. Lumpaopong A, & Chuasuwan A. Thailand renal replacement therapy year 2020. The Nephrology Society of Thailand; 2020: 8-24. (In Thai)
4. The National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI). Clinical practice guidelines for vascular access. American Journal of Kidney Diseases. 2006; 48:176–247.
5. Aishwarya KC, Srinath MG, Desai SC, Kumar A, Chandrashekar AR, Gowda AGG. Value of preoperative sonographic vascular evaluation of hemodialysis access in upper limb. Journal of clinical and diagnostic research. 2014; 8(12): 6–10.
6. Willis K, Cheung M, Slifer S. Clinical practice guideline for evaluation & management of CKD, KDIGO 2012. Kidney International. 2013; 3(1): 1-150.
7. Prajit J, Wanchai A, & Srijakkot J. The effectiveness of anesthetic nursing service system in Debaratana Nakhonratsima Hospital. Journal of Nursing Science & Health.2020; 43(3): 56-67. (In Thai)
8. Nandate K. Anesthetic Management of Surgical Vascular Access for Hemodialysis. Updates on Hemodialysis. Intech Open; 2023: 62-103.
9. Gao C, Weng C, He C, Xu J, Yu L. Comparison of regional and local anesthesia for arteriovenous fistula creation in end-stage renal disease: a systematic review and meta-analysis. Bio Med Central Anesthesiology. 2020;20(1):219.
10. Chuakaew S, & Kruesawat S. Nursing manual for kidney failure patients undergoing catheterization surgery long term for hemodialysis in the preoperative preparation period and postoperative follow-up period. Nursing Department Siriraj Hospital; 2014. (In Thai)

11. Tareerath M, & Chumpathong S. Anesthesia for Patients with Tracheobronchial Stenosis: Role of Nurse Anesthetist. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1):33-40. (In Thai)
12. Mettapol C, Hengphaisan S, & Junyatham S. The Importance Role of Nurse Anesthetist for Cochlear Implantation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(3):8-14. (In Thai)
13. Anesthesia department Udon Thani Hospital. Statistics on patients undergoing hemodialysis surgery who received anesthesia services. Udon Thani Hospital; 2022. (In Thai)
14. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nursing Clinics of North America. 2000; 35(2):301-9.
15. Anesthesia department Udon Thani Hospital. Anesthesia nursing service standards. Udon Thani Hospital; 2000. (In Thai)
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence base practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2005.
17. Pasawate K, Kunsongkeit W, & Masingboon K. Factors Related to Anxiety among Acute Ischemic Stroke Patients Transferring out of Stroke Unit. Journal of Nursing and Education. 2017;10(3):98-113. (In Thai)

การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

Development of Nursing Management Model To Prevent and Control Infections in Hospital

วาสนา ขจรเจริญกุล* กันยาพร ไชยศักดิ์ ประกอบ ทองจิบ เนตรนภา เทพชนะ กุลธลีย์ ชายเกตุ
Wassana Kajonjaroenkul Kanyaporn Chaiyasak Prakob Thongchip Netenapa Thepchana Kuntalee Chaikate
โรงพยาบาลสตูล อ.เมือง จ.สตูล ประเทศไทย 91000
Satun Hospital, Mueang, Satun Province, Thailand 91000

บทคัดย่อ

วิจัยและพัฒนานี้ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย จำนวน 48 คน และผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสตูล จำนวน 140 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 ออกแบบพัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 3 ทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบฯ เครื่องมือในการวิจัย คือ รูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 4 องค์ประกอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผลการวิจัย 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับสูง 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็น และความพึงพอใจต่อรูปแบบของผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ผลลัพธ์ทางคลินิกการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจาก การคาสายสวนปัสสาวะ การติดเชื้อจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการติดเชื้อแผลผ่าตัด หลังใช้รูปแบบฯ ลดลง

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ, การบริหารการพยาบาล, ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

Abstract

This purposes of this research and development were 1) to develop a nursing management model for prevent and control infections in hospital and 2) to study the efficiency of using the model. The sample group consisted of 48 ward heads, supervisors, infection control nurses in the ward, and service users at Satun Hospital. The research was conducted in 3 phases: Phase 1 studied the situation, Phase 2 designed and developed images. Model Phase 3: Experiment and evaluate the use of the model. The research tools were a form created by the researcher with 4 components and a questionnaire created by the researcher. Verification of the content was checked by 3 experts.Research results: 1) The average score of service quality and satisfaction of service users is high. 2) The average score of opinions and satisfaction with the service provider's model is high. The difference in the mean knowledge scores was greater than before using the format. Statistically significant. 3) Clinical results of pneumonia from using a ventilator. Urinary tract infection from a

Corresponding Author : E-mail : kanyawas2509@gmail.com

วันที่รับ (received) 21 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 มี.ค. 2567

urinary catheter Infection from a central venous catheter and surgical wound infection After using the format, it decreased.

Keywords: Develop a model, nursing management model, infection prevention and control

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นปัญหาสำคัญ ที่เกิดขึ้นหลังจากเข้ารับบริการ 48 ชั่วโมงเป็นต้นไป[1] ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศแรกที่มีการจัดกิจกรรมควบคุมโรคอย่างจริงจังสามารถลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลลงได้ 1 ใน 3 สามารถลดค่าใช้จ่ายปีละนับหมื่นล้านบาท สำหรับประเทศไทยอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2531 และจากการควบคุมที่แม้กระทำกันได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากขาดทรัพยากร ยังสามารถลดอัตราการติดเชื้อลงเหลือ ร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2561[2] ในประเทศไทยปัญหาการติดเชื้อยังเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งยังส่งกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและความยุ่งยากในการดูแล เขตสุขภาพที่ 12 จึงได้นำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขมากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาเขตสุขภาพที่ 12 ปี พ.ศ. 2564 – 2566 ให้มีพัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ เช่น โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล[3] เป็นต้น ส่งผลให้โรงพยาบาลสตูลซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 300 เตียง ให้บริการตามมาตรฐานตั้งแต่ระยะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ระยะกลางและระยะยาว เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีการสอดใส่สาย ท่อ สายสวน จะมีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น จากความเสื่อมของความต้านทาน ภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ ที่มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ยังพบว่าการรายงานข้อมูลการติดเชื้อขาดความต่อเนื่อง ความสม่ำเสมอ มีความล่าช้า ขาดการวิเคราะห์หาสาเหตุจากรากเหง้าที่แท้จริง (root cause analysis : RCA) ส่งผลให้การป้องกันการติดเชื้อไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การจัดทีมการพยาบาลที่ไม่ครอบคลุม ขาดผู้กำกับและประสานงานระดับกลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน ทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม ในการแก้ปัญหาการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า การแก้ปัญหาในระบบบริการพยาบาลส่วนใหญ่ต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ และแนวคิดสำคัญของการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบที่ได้ผลชัดเจน คือ การแก้ไขปัญหาด้วยทฤษฎีระบบ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ มาจัดการแก้ปัญหาในงานต่างๆ ส่วนใหญ่มักใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบโดนาบีเดียน[4] ร่วมกับแก้ปัญหาให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลและนำแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล[5] และแนวคิดการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของโดนาบีเดียน ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ แนวคิดการบริหารจัดการเชิงระบบ ประกอบด้วย 1. ปัจจัยนำเข้า มีทิศทางนำ นโยบายที่เกี่ยวข้อง 2. กระบวนการ 3. ผลลัพธ์ / ผลผลิต แนวคิดการจัดการบริการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1. มาตรฐานบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล 2. มาตรฐานการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3. ทฤษฎีการพยาบาลการจัดการสิ่งแวดล้อมของไนติงเกล[6] กระบวนการ ได้แก่ รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ คุณภาพบริการพยาบาลและความพึงพอใจ ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความคิดเห็นและความพึงพอใจ ความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในหอผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการติดเชื้อทางสายสวนหลอดเลือดดำและอัตราการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นรูปแบบที่น่าสนใจ เพื่อนำไปแก้ปัญหาและพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

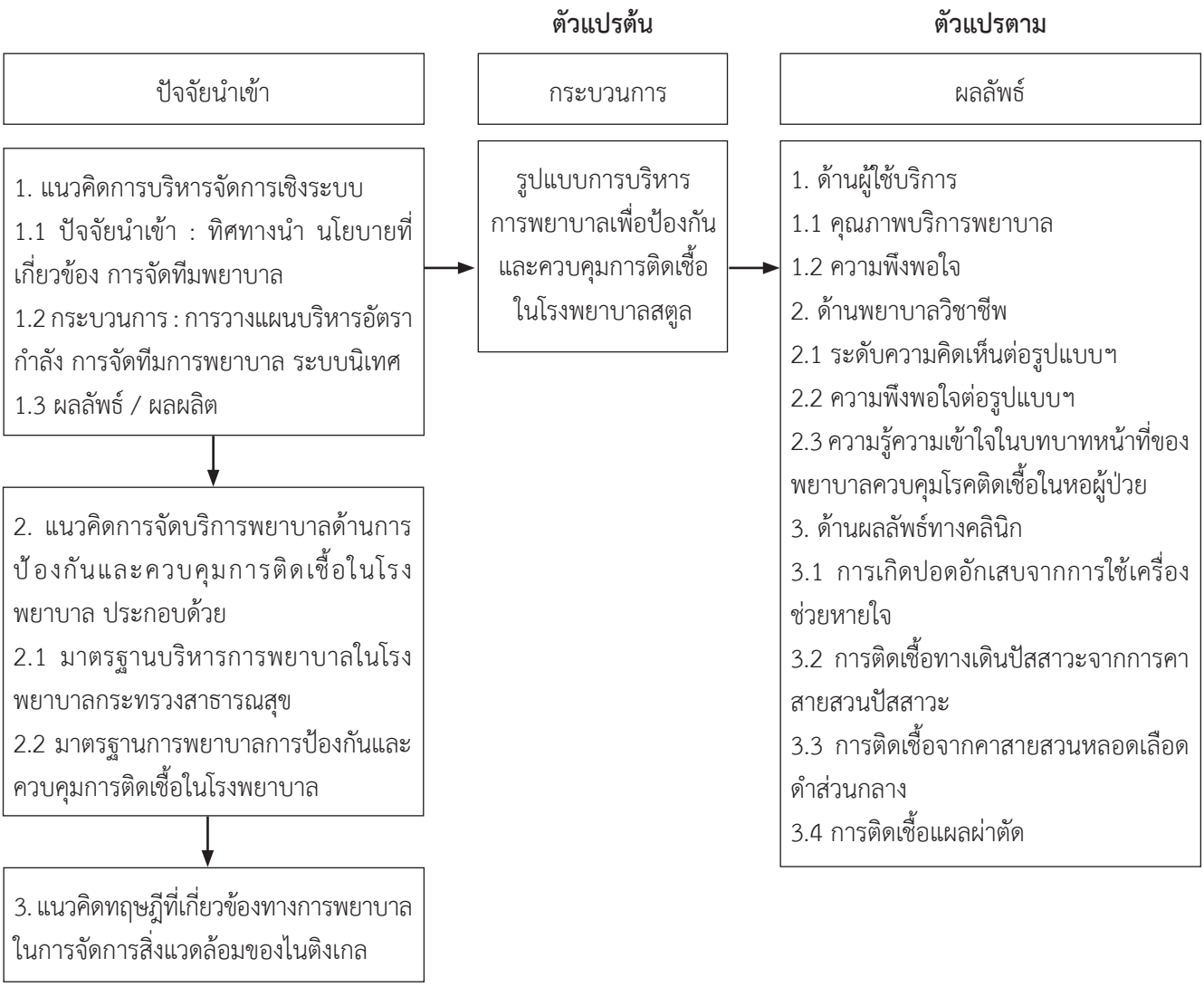
วิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบโดนาบีเดียน[4] มาตรฐานการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล[5] และทฤษฎีการพยาบาลการจัดการสิ่งแวดล้อมของไนติงเกล[6]

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลสตูล อ.เมือง จ.สตูล ระหว่างเดือนเมษายน – มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน พยาบาลรับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของหน่วยงาน ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ปฏิบัติงานมากกว่า 2 ปี เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย คือ การไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของโครงการวิจัย มีผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 48 คน



2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บริการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีวิธีการจับฉลาก (Lottery) หยิบแล้วไม่ใส่คืน เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมเก็บข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากโปรแกรม G*power โดยการกำหนดค่า Power Analysis กำหนดค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ Standard effect size เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% จำนวน 10 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างที่อาจถอนตัวจากการวิจัย เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2566 รวมจำนวน 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามศึกษาสถานการณ์การบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 38 ข้อ

2. รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ ได้แก่ 1) คู่มือบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) โปรแกรมการสอนการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และ 4) ระบบนิเทศและการประเมินผลการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การจัดทีมนิเทศ การวางแผนการนิเทศ และเครื่องมือในการนิเทศการบริหารการพยาบาลเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3. แบบสอบถามประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.1 ด้านผู้ใช้บริการ แบบสอบถามคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 38 ข้อ

3.2 ด้านผู้ให้บริการ แบบสอบถามระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจการใช้รูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 52 ข้อ และแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามปรนัยแบบถูก-ผิด (true-false item) จำนวน 20 ข้อ

3.3 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของโรงพยาบาลสตูล ประกอบด้วย อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการติดเชื้อทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นที่ผ่านการแก้ไขขั้นต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านดังนี้ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ด้านภาษาและด้านอื่นๆ และนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขดังนี้

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลหาค่า CVI ดังนี้ แบบสอบถามศึกษาสถานการณ์การบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, แบบสอบถามคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, แบบสอบถามระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจการใช้รูปแบบฯ, แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 0.96, 0.96, 1 และ 1 ตามลำดับ

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือรูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ค่า CVI (Content validity Index) เท่ากับ 1

2. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient)

2.1 แบบสอบถามศึกษาสถานการณ์การบริหาร

การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แบบสอบถามคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และแบบสอบถามระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96, 0.95 และ 0.8 ตามลำดับ

2.2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (K-R 20) เท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลละงู เพื่อขอความอนุเคราะห์ความร่วมมือในการทดลองใช้ (try out) ร่างรูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจง การใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

1.2 ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการสุ่มตัวอย่างและเตรียมพร้อมในการทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ประชุมกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เนื้อหาการสอนตามโปรแกรมการสอนการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งการตอบแบบสอบถาม รายละเอียดในการเก็บข้อมูล

2.2 เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบและคัดแยกข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ เพื่อนำแบบสอบถามที่ได้รับทำการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ แจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percent) ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติทดสอบที (t-test) เปรียบเทียบข้อมูลผลลัพธ์การใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาอัตราการติดเชื้อโดยใช้สูตรจำนวนครั้งของการติดเชื้อในตำแหน่งนั้นคูณค่าคงที่ 1,000 หารด้วยจำนวนวันใช้อุปกรณ์หรือจำนวนครั้งของการผ่าตัด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสตูล เลขที่อนุมัติ ETA0001/66 วันที่ให้การรับรอง 5 เมษายน 2566 วันหมดอายุการรับรอง 5 เมษายน 2567

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ มีสิทธิที่จะตอบรับปรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยอิสระ มีสิทธิที่จะถอนตัวไปอย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานและพัฒนาวิชาชีพ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 16 คน อายุเฉลี่ย 53.75 (SD = 3.95) ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 81.25 หน่วยงานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ปฏิบัติหอผู้ป่วยในร้อยละ 56.25 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด 30 ปี สูงสุด 43 ปี เฉลี่ย34.93 (SD = 4.23) ปี สถานการณ์การบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า มีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.37, SD = 0.67) และค่าเฉลี่ยทุกขั้นตอนอยู่ในระดับสูง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านตามลำดับ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ยปัจจัยนำเข้า ($\overline{X}$ = 4.51, SD = 0.67) ค่าคะแนนเฉลี่ยกระบวนการ ($\overline{X}$ = 4.63, SD = 0.72) ค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดำเนินงาน ($\overline{X}$ = 4.63, SD 0.49)

2. รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 แนวทางบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล องค์ประกอบที่ 2 โปรแกรมการสอนการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล องค์ประกอบที่ 3 แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล องค์ประกอบที่ 4 ระบบนิเทศการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ภายหลังการใช้รูปแบบ 3 ด้าน ได้แก่ ผู้ใช้บริการผู้ให้บริการและผลลัพธ์ทางคลินิก

3. ผลการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการ (n = 140) พบว่า เฉลี่ยอายุ 37.3 ปี (SD = 13.81) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.4) รับบริการที่แผนกผู้ป่วยในมากที่สุด (ร้อยละ 70.7) ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการและความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.17, SD = 0.68)

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ (n = 48) ส่วนใหญ่ช่วงอายุเฉลี่ย 53 ปี ($\overline{X}$ = 53.75, SD = 3.95) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 41 คน (ร้อยละ 85.4) จบการศึกษาระดับปริญญาโท 7 คน (ร้อยละ 14.6) ระยะเวลาปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาลมากกว่า 20 ปี จำนวน 36 คน (ร้อยละ 75) รองลงมาอยู่ในช่วงเวลา 10 - 20 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 16.7) ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.45, SD = 0.70) และค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.34, SD = 0.72)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48) โดยใช้สถิติ paired t - test

ด้าน	ผลลัพธ์				t	df	P-value
	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 48)		หลังใช้รูปแบบ (n = 48)				
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD			
ความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาล	12.45	1.57	13.95	2.53	3.53	47	.001

จากตาราง 1 ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ($\overline{X}$ = 13.95, SD = 2.53) มากกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ($\overline{X}$ = 12.45, SD = 1.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

3.3 ผลลัพธ์ด้านคลินิก หน่วยงานที่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลหลังใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เท่ากับ 16 หน่วยงาน (ร้อยละ 100)

การติดเชื้อตำแหน่งสำคัญ ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ การติดเชื้อจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการติดเชื้อแผลผ่าตัด หลังใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 1.25 ครั้งต่อพันวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ, 0.12 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะ, 3.34 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนหลอดเลือด และร้อยละ 0.1 ทั้งหมดอยู่ในระดับดีกว่าเกณฑ์เป้าหมาย

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลสตูลมีการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในลักษณะกว้าง ๆ ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล แต่รูปแบบการบริหารการพยาบาลไม่ชัดเจนสอดคล้องกับการศึกษา[7]

ในขั้นตอนศึกษาสถานการณ์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง บริหารการพยาบาลตามสถานการณ์ โดยรูปแบบการบริหารการพยาบาลไม่ชัดเจน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผล เป็นการบริหารที่ใช้ทฤษฎีระบบที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ในสถานการณ์การบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นควรมีการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลใหม่ที่ดีกว่าเดิม ซึ่งผลการวิจัยได้รูปแบบฯ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) แนวทางบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) โปรแกรมการสอนการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และ 4) ระบบนิเทศการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มากด้วยประสบการณ์ มีบทบาทเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานมามากกว่า 30 ปี ผ่านการประชุมและอบรมด้านการบริหารการพยาบาลและด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด จึงมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษา8ที่พบว่า ผลการวิจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) 5 องค์ประกอบหลัก (5S : structure, staff, system, setting, supply) 2) ระบบการจัดการ (4R : reduction, readiness, respon, recovery) 3) ขั้นตอนการปฏิบัติงานของระบบการจัดการเหตุฉุกเฉินทางการพยาบาล

ผลการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนี้ ผู้ใช้บริการ มีความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระดับสูง และความพึงพอใจต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อยู่ในระดับสูงเช่นกัน เนื่องจากรูปแบบการบริหารตามทฤษฎีระบบเป็นระบบเปิดที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาส่งผลกระทบต่อปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ทำให้องค์กรพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิผล ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจที่ดีแก่ผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษา[9] ที่พบว่า การนิเทศทางคลิกส่งผลทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระดับมาก และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คัดสรรในหอผู้ป่วยหนักมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความปลอดภัย ด้านการควบคุมอาการและด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มากกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบที่สามารถเพิ่มความรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่โปรแกรมการสอนและระบบนิเทศ สอดคล้องกับการศึกษา[10] ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่าภายหลังการใช้รูแบบการขับเคลื่อนชุมชนมีผลทำให้ระดับความรู้เจตคติ และพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับฯ ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ การติดเชื้อจากการคาสายสวนหลอดดำส่วนกลางและการติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อต่ำแหน่งสำคัญต่ำกว่าเกณฑ์ของโรงพยาบาล เนื่องจากหัวหน้าหน่วยงาน ได้นิเทศติดตาม กำกับการปฏิบัติตามแนวทางและกระตุ้นให้มีการวิเคราะห์หารากเหง้าของการติดเชื้อ ทำให้มีผลต่อการติดเชื้อลดลง สอดคล้องกับการศึกษา[11] ที่พบว่า เมื่อมีการนิเทศ ติดตามการใช้ VAP bundle อย่างเคร่งครัด ต่อเนื่อง ทำให้อัตราการเกิด VAP จาก 18.3 ครั้ง ต่อผู้ป่วยใช้เครื่อง 1,000 วัน ลดลงเหลือ 3.00 ครั้งต่อผู้ป่วยใช้เครื่อง 1,000 วัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

จากการวิจัยนี้กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลควรนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลนี้ไปใช้ เช่น ควรมีแนวทางบริหารการ

พยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ชัดเจน เน้นย้ำการจัดการสิ่งแวดล้อมตามทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการ เป็นต้น เพื่อให้มีการจัดการเชิงระบบและมีประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและองค์กร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดระบบนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานและมีการติดตาม ประเมินผลการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2. ขยายผลรูปแบบการบริหารการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสตูลและโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่ 12

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาต่อยอดงานวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบและทฤษฎีการพยาบาล ในบริบทงานอื่นๆ ตามมาตรฐานการบริการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์นครินทร์ สุวรรณแสง กองการพยาบาล นางสาวพวงรัตน์ พรหมจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเบตง พว.เพ็ญศรี แคนยุกต์ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตรัง พว.ศจีรัตน์ โกศล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

References

1. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Guide to diagnosing hospital infections. Nonthaburi: Graphic Fonts and Design; 2018. (In Thai)
2. Wattanayingcharoenchai S, and Wachiraphan A. Guidelines for prevention and control of infections in hospitals. Nonthaburi: Graphic Fonts and Design; 2020. (In Thai)
3. Health District Office 12. Health District Development Plan 12, Strategic Plan for Development of Health District 12, Phase 3 B (Revised Edition 2022). Songkhla: e-book; 2021. (In Thai)
4. Donabedian A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. QRB-Quality Review Bulletin; 1992.
5. Bureau of Nursing. Nursing standards in hospitals (2nd revision). Nonthaburi: War Veterans Organization Printing House; 2008. (In Thai)
6. Kerdmongkol P, and Putthapitakphon S. Nightingale's nursing theory and its application in organizing nursing services. In Boonthip Siritharangsri (editor), Health system policy, leadership and nursing services. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press; 2020. (In Thai)
7. Sathirankun T, Leelawong S, Srisutthisak S, Phutthapitakphon S, Yonjorhor N, and Jamsomboon K. Development of nursing management model. In the situation of the COVID-19 outbreak In hospitals under the Ministry of Public Health. Journal of Public Health. 2021 ; 30(2) : 320-33. (In Thai)
8. Ruixue Z, et al. A practice-based nursing emergency management system model for puplic health emergencies. National Library of Medicine. 2023; 10(6): 3774–86.
9. Chanthachum W, et al. Pattern of the relationship between clinical supervision and nursing outcomes in nursing wards. seriously ill Tertiary hospital Northeastern Region: Structural Equation Model Analysis. Sakon Nakhon Hospital Journal. 2023; 26 (1): 115-26.
10. Sayyud P, Moolsart S, Youprasert B. The Effectiveness of the Community-drive Model for Liver Fluke Control in Si sa ket Province. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2023; 24(3): 232-242.
11. Janrayana L. Effectiveness of strictly using VAP bundle measures. To reduce the incidence of VAP in respiratory intensive care units and medical intensive care units. Uttaradit Hospital. ICN Forum IC update 2019 : Be a Hero in IPC by U. : 30 January – 1 February 2019, The Empress Hotel, Chiang Mai Province. 2019. (In Thai)

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์ต่อสุขสมรรถนะของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

The Effects of Applied Thai Dance Aerobic Exercise Program on The Health-Related Physical Fitness of Female Students among Upper Elementary School

เพียงเพ็ญ บุษมงคล ธนัมพร ทองลอง*
Piangpen Bussamongkhon Thanumporn Thonglong*
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ประเทศไทย 41000
Udon Thani Rajabhat University, Muang District, Udon Thani Province Thailand, 41000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์ต่อสุขสมรรถนะของนักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนชุมชนบ้านสามพร้าว จำนวน 36 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองฝึกโปรแกรมออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์ จำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน ทำการฝึกเป็นระยะเวลา ทั้งหมด 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 50 นาที ใช้ความหนัก 60 - 70 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยทดสอบสุขสมรรถนะก่อนการฝึก และหลังการฝึก 8 สัปดาห์ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที (t-test) ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิจัย พบว่า ค่าของสุขสมรรถนะภายหลังการฝึก 8 สัปดาห์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) เมื่อเทียบกับก่อนการฝึก ยกเว้น ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าของสุขสมรรถนะหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์เป็นทางเลือกหนึ่งในการออกกำลังกายที่โรงเรียนหรือหน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำไปส่งเสริมสุขสมรรถนะของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาได้

คำสำคัญ: สุขสมรรถนะ, นักเรียนหญิง, ชั้นประถมศึกษา, รำไทยประยุกต์

Abstract

The purpose was to study and compare the effects of an applied Thai dance aerobic exercise program on the physical fitness of female students, in upper elementary school. The subjects were 36 students from Sam Phrao Community School, divided into 2 groups: an experimental group training in an applied Thai dance aerobics program (n = 18) and a control group (n = 18), practicing for a total of 8 weeks, 3 days/week, 50 minutes, the intensity of 60 - 70 percent of maximum heart rate. The health-related physical fitness was measured before and after eight weeks, respectively. The obtained data were analyzed in terms of Mean, Standard deviation, and t–test method with a significances level of 0.05. The results revealed that it was found

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

วันที่รับ (received) 26 มี.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 มิ.ย. 2566

that the most of parameters of physical fitness after eight weeks of training had a statistically significant difference ($p \leq 0.05$) when compared to before training, except for muscular strength and endurance. When comparing the experimental and control groups, it was found that their physical fitness after the experiment was significantly different at a level of .05, except for their muscular strength and endurance. Therefore, it can be concluded that exercising with an applied Thai dance aerobic exercise program is an alternative to exercising at school or various agencies. It can be used to promote the well-being of female students. elementary school

Keywords: Health physical fitness, female students, upper elementary school, applied Thai dance

บทนำ

ผลการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนไทย ปี 2561[1] โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า มีเด็กไทยประมาณ 1 ใน 4 หรือร้อยละ 26.2 เท่านั้น ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ 60 นาทีต่อวัน ตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยปัญหาที่ทำให้เด็กไทยมีกิจกรรมทางกาย ไม่เพียงพอนั้นเนื่องมาจากวิถีชีวิต การเรียน และรูปแบบการเล่นของเด็กเปลี่ยนไปจากอดีต จากเดิมเด็ก ๆ ใช้เวลาว่าง ออกไปเล่นกับเพื่อนเปลี่ยนเป็นการใช้เวลาว่างหมดไปกับหน้าจออิเล็กทรอนิกส์ประเภทต่าง ๆ ดังจะพบว่า ปัจจุบัน เด็กไทยมีการวิ่งเล่นออกแรง (Active Play) น้อยมากเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 8.7 ที่วิ่งเล่น ออกแรงแบบไม่มีกฎกติกามากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ในขณะที่ข้อมูลการใช้หน้าจอหรือพฤติกรรมเนือยนิ่งของเด็ก ซึ่งพิจารณาจากการใช้หน้าจอิเลคทรอนิกส์ เพื่อความบันเทิงไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน ตามคำแนะนำของประเทศแคนาดา พบว่ามีเพียงร้อยละ 25.6 เท่านั้น กล่าวคือมีเด็กไทยประมาณ 3 ใน 4 ที่ใช้เวลาอยู่กับหน้าจอเกินกว่าข้อแนะนำที่กำหนด[2]

สุขสมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่เกิดความเหนื่อย และสามารถฟื้นฟูกลับสภาพได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ร่างกายสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อมีความสามารถในการทำงานได้ดียิ่งขึ้น ระบบประสาทสามารถควบคุมการทำงานของร่างกายได้ดีขึ้น ร่างกายมีภูมิต้านทานโรคสูงและลดการเจ็บป่วย[3]

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) คือ การทำงานของกล้ามเนื้อหรือการเคลื่อนไหวร่างกายที่ใช้ออกซิเจนผลิตพลังงานให้กล้ามเนื้อหดตัวเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานาน และมีความต่อเนื่อง โดยรูปแบบนี้ร่างกายต้องอาศัยระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจที่มีประสิทธิภาพเป็นเส้นทางลำเลียงอากาศ คือ ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายโดยส่งไปที่กล้ามเนื้อเพื่อให้ผลิตเป็นพลังงานนำไปใช้หดตัวให้เกิดการเคลื่อนไหว[4]

รำไทยมาประยุกต์ การรำไทยส่งผลดีต่อสุขภาพโดยส่งผลให้มีความทนทานของหัวใจและปอดเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างเพิ่มขึ้น[5] ซึ่งการรำไทย เป็นศิลปะแห่งการเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างประณีตอ่อนช้อย ถือเป็นศิลปะการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายตั้งแต่หัวจรดเท้า มีเคลื่อนไหว แขน ขา เอว และไหล่ การนำเอาศิลปะการร่ายรำมาผสมผสานเข้ากับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก แต่จะเป็นการออกกำลังกายที่มีระยะเวลาที่ตั้งแต่ 20 นาทีขึ้นไป การออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพิ่มอัตราการใช้ออกซิเจน[6] การรำไทยประยุกต์เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ท่าทางให้เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายสำหรับทุกวัย รวมทั้งทำนองที่เหมาะสมต่อการเคลื่อนไหวไม่ก่อให้เกิดการกระแทกของข้อต่อและไม่เร่งรีบ ซึ่งการรำไทยเป็นการปฏิบัติที่ง่าย สำหรับหญิงไทย โดยคนไทยส่วนใหญ่จะมีการเรียนรำไทยในโรงเรียนตั้งแต่ยังเด็กและเป็นการแสดงถึงเพศหญิง ท่าของการรำไทยจะเป็นการเคลื่อนไหวแขนขึ้นลง ไปด้านข้าง ด้านหน้า ยืดเหยียดทำสลับกันไปมาซ้ายขวา มีการยืนแตะปลายเท้า ส้นเท้า และการหมุนตัว[7]

ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับการรำไทยในผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก แต่ในวัยเด็กยังมีน้อย โดยส่วนใหญ่พบว่า การออกกำลังกายด้วยการรำไทยบนตารางเก้าช่อง สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 20-60 นาทีเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ช่วยพัฒนาภาวะสุขภาพได้ โดยส่งผลให้มีความทนทานของ หัวใจและปอดเพิ่ม

ขึ้น ความดันโลหิตลดลง น้ำตาลในเลือดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างเพิ่มขึ้น[5] และการศึกษาผลของการฝึกรำไทย 50 นาที 3 วันต่อ สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ต่อการเคลื่อนไหวและอัตราการล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ช่วยพัฒนาการเคลื่อนไหวหลังจากสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 และช่วยลดอัตราการล้มได้[8]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิกรำไทยมาประยุกต์ใช้กับดนตรีในการออกกำลังกาย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา และส่งเสริมสุขสมรรถนะสำหรับนักเรียนให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายแบบแอโรบิกรำไทยประยุกต์ต่อสุขสมรรถนะของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขสมรรถนะของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลายภายหลังใช้โปรแกรมออกกำลังกายแบบแอโรบิกรำไทยประยุกต์

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการฝึกเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์มีสุขสมรรถนะแตกต่างกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการออกกำลังกายแบบรำไทยประยุกต์ โดยยึดหลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ตามหลักการ “FITT” (Frequency, Intensity, Time, Type (FITT)) ที่ประกอบด้วย ความหนัก ความบ่อย ระยะเวลา และรูปแบบการออกกำลังกาย ซึ่งรูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ส่งเสริมสุขสมรรถนะ ที่มีลักษณะการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อเนื่อง มีความปลอดภัย ไม่มีแรงกระเทกที่จะเป็นอันตรายต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ และมีท่วงทำนองดนตรีที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับช่วงวัยนี้

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Experimental design two group pretest-posttest design)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่กำลังศึกษาภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 โรงเรียนชุมชนบ้านสามพร้าว โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางของโคเฮน Cohen[9] ค่าระดับนัยสำคัญ (Level of significance) ที่ระดับ .05 กำหนดค่าขนาดผลกระทบ (Effect size) ที่ 0.4 และกำหนดค่าอำนาจการดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.08 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน รวมทั้งหมด 24 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวกลางคันระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก เป็นกลุ่มละ 18 คน รวมทั้งหมด 36 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง โปรแกรมออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์ และกลุ่มควบคุม โดยทั้ง 2 กลุ่มทำการเรียนการสอนวิชาพลศึกษาตามหลักสูตร

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบ้านชุมชนสามพร้าว อายุ 10-12 ปี ที่มีค่าความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด โดยการทดสอบยืนยกเข่าขึ้น-ลง 3 นาที อยู่เกณฑ์ต่ำโดยอายุ 10 ปี เท่ากับ 110 ครั้งลงมา อายุ 11 ปี เท่ากับ 113 ครั้งลงมา และอายุ 12 ปี เท่ากับ 116 ครั้ง ลงมา10 ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกออกกำลังกายในรูปแบบอื่นระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย และไม่มีอาการบาดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อและระบบประสาท

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เกิดอาการบาดเจ็บระหว่างการเข้ารับโปรแกรมการฝึก และเข้ารับโปรแกรมการฝึก ไม่ถึงร้อยละ 80 ของระยะเวลาในการฝึกทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการออกกำลังกาย จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย การพยาบาลเด็ก ครูนาฏศิลป์ระดับชั้นประถมศึกษาและนักวิทยาศาสตร์การกีฬา โดยผลการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาจากการให้คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ด้านองค์ประกอบของการออกกำลังกายด้วยการรำไทยประยุกต์ ตั้งแต่ท่าทางการออกกำลังกาย ขั้นตอนการออกกำลังกาย เพลงประกอบหลักการออกกำลังกาย มีค่า IOC เท่ากับ 0.82 ทำการฝึกเป็น

ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 45 นาที ที่ระดับความหนัก 60 - 70 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

1.1 อบอุ่นร่างกาย เป็นระยะเวลา 10 นาที

1.2 ออกกำลังกายตามโปรแกรม เป็นระยะเวลา 25 นาที ประกอบด้วยท่ารำ 10 ท่าโดยประยุกต์จากท่ารำวงมาตรฐาน ได้แก่ ท่าสอดสร้อยมาลา ท่าชักแป้งผัดหน้า ท่ารำส่าย ท่าสอดสร้อยมาลาแปล ท่าแขกเต้าเข้ารัง ท่าผาลาเพียงไหล่ ท่าพรมสี่หน้า ท่ายูงฟ้อนหาง ท่าช้างประสานงา และท่าจันทร์ทรงกลม

1.3 คลายอุ่นร่างกาย เป็นระยะเวลา 10 นาที

2. การประเมินสุขสมรรถนะ[10-11] ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบทางกาย โดยใช้แบบทดสอบวัดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 ค่าความเที่ยงตรง 0.80 บันทึกนำค่าเฉลี่ยของความหนาไขมันใต้ผิวหนังที่วัดได้ทั้ง 2 ตำแหน่ง ได้แก่ ต้นแขนด้านหลัง และ น่องด้านใน มาแปลงเป็นเปอร์เซ็นต์ของไขมันที่สะสมในร่างกายจากสมการเปอร์เซ็นต์ของไขมันที่สะสมในร่างกายเพศหญิง = (0.610 × ผลรวมของค่าเฉลี่ยความหนาไขมันใต้ผิวหนัง)

2. ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด โดยใช้แบบทดสอบยืนยกเข่าขึ้นลง 3 นาที (Step Up and Down) มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 ค่าความเที่ยงตรง 0.88 บันทึกจำนวนครั้งที่สามารถยกเข่าถึงระดับความสูงที่กำหนดให้ภายในเวลา 3 นาที โดยนับจำนวนครั้งจากขาที่ยกทีหลังสัมผัสพื้นให้ผู้รับการทดสอบปฏิบัติเพียงครั้งเดียว

3. ความอ่อนตัว โดยใช้แบบทดสอบนั่งงอตัวไปด้านหน้า (Sit and Reach) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 1.00 โดยบันทึกระยะทางที่ทำได้เป็นเซนติเมตร บันทึกค่าที่ดีที่สุดจากการทดสอบ 2 ครั้ง

4. ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อรยางค์ส่วนบน แบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

4.1 แบบทดสอบดันพื้นประยุกต์ 30 วินาที (Modified Push Ups) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ค่าความเที่ยงตรง 1.00 บันทึกจำนวนครั้งที่ทำได้อย่างถูกต้องภายในเวลา 30 วินาทีโดยให้ผู้เข้ารับการทดสอบ ปฏิบัติเพียงครั้งเดียว

4.2 แบบทดสอบลุก-นั่ง 60 วินาที (Sit Ups) มีค่าค่าความเชื่อมั่น 0.89 ค่าความเที่ยงตรง 0.92 บันทึกจำนวนครั้งที่ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องภายในเวลา 60 วินาทีโดยให้ผู้รับการทดสอบ ปฏิบัติเพียงครั้งเดียว

ขั้นตอนการวิจัย

ข้อตอนการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์

1. ศึกษาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการด้านร่างกายของเด็ก การออกกำลังกายสำหรับเด็ก และหลักการออกกำลังกาย ท่าทางการรำไทย และเพลงประกอบ เพื่อนำทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาร่างรูปแบบการออกกำลังกาย

2. ผู้วิจัยนำกระบวนการการรำไทยประยุกต์มาสังเคราะห์และสรุปผลกระบวนท่าที่เหมาะสมกับเด็ก โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและคำแนะนำจากผู้เชียวชาญในการรำ แล้วนำมาสังเคราะห์และสรุปผลเกี่ยวกับการรำ

3. เมื่อทำการสังเคราะห์กระบวนท่าการรำไทยประยุกต์ ผู้วิจัยจะทำการเลือกท่าทางการรำ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย เนื่องจากการกระแทกในการเคลื่อนไหวร่างกายและหลีกเลี่ยงกระบวนท่าที่ไม่เหมาะสม และนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย สุขสมรรถนะของเด็ก โดยคำนึงถึงหลักการและเหตุผลทางสรีรวิทยาการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย และพัฒนาการด้านร่างกายของเด็ก โดยคำนึงหลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ความหนัก ความถี่ ระยะเวลาและรูปแบบกิจกรรม

4. การทดสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย การพยาบาลเด็ก ครูนาฏศิลป์ระดับชั้นประถมศึกษา และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ซึ่งได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการทดลอง โครงการวิจัยได้ ประชาสัมพันธ์ผ่านทางการติดประกาศบนบอร์ดตาม จุดต่าง ๆ และการประชาสัมพันธ์ในห้องเรียน หน้าเสาธงของโรงเรียนชุมชนสามพร้าว หมู่บ้านสามพร้าว ตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กระบวนการและขั้นตอนการวิจัย ผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ วิจัยจะได้รับฟังคำชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และผู้ปกครองจะเป็นผู้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จากนั้นเข้ารับการ วัดน้ำหนัก ส่วนสูง รวมทั้งทดสอบสุขสมรรถนะ ทั้งหมด 5 รายการ ได้แก่ เปอร์เซ็นต์ไขมัน ดันพื้น ลุกนั่ง นั่งงอตัวไปข้างหน้า และยกเข่าขึ้นลง ทั้งนี้ผู้ที่ มีคุณสมบัติไม่ตรงตามข้อที่กำหนดไว้จะถูกคัดออก จากการเป็นผู้เข้าร่วม

โครงการวิจัย จากนั้นผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดเข้ารับการฝึก โดย กลุ่มทดลอง จะทำการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการำไทยประยุกต์ เป็นระยะเวลา 50 นาที/ครั้ง 3 ครั้ง/สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ โดยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการเรียนในรายวิชาพลศึกษาตามปกติ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และเมื่อฝึกครบ 8 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกทดสอบสุขสมรรถณะครั้งที่ 2

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรอง โดยคณะกรรมการกลางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี รหัสโครงการ อว. 0622.7/841 ในวันที่ 14 ธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบระหว่างกลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (independent t-test) ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขสมรรถนะของการทดสอบก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (paired t-test) และระหว่างกลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (independent t-test) โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

รายการ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	P - value
อายุ (ปี)	10.56 ± 0.78	10.44 ± 0.70	0.447	.658
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	31.94 ± 2.89	31.44 ± 2.06	0.596	.556
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	133.39 ± 2.99	132.67 ± 2.78	0.749	.459
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	17.97 ± 1.79	17.89 ± 1.48	0.147	.884

*p < .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขสมรรถนะภายในกลุ่มทดลองพบว่า องค์ประกอบทางกาย ความอ่อนตัวและความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด มีความแตกต่างกันที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มควบคุม พบว่า องค์ประกอบทางกาย ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อและความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขสมรรถนะ ภายในกลุ่ม

กลุ่ม	รายการ	ก่อนการฝึก		หลังการฝึก		t	P - value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	เปอร์เซ็นต์ไขมัน (เปอร์เซ็นต์)	18.40	5.33	15.50	1.99	2.43	.026*
	นั่งงอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)	2.66	5.61	6.80	6.37	-4.15	.001*
	ยกเข่าขึ้นลง 3 นาที (ครั้ง)	98.83	4.06	144.55	45.61	-4.26	.001*
	ดันพื้นประยุกต์ 30 วินาที (ครั้ง)	19.33	6.07	20.61	5.40	-0.924	.369
	ลุก-นั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	21.17	6.33	22.06	6.97	-0.530	.603
กลุ่มควบคุม	เปอร์เซ็นต์ไขมัน (เปอร์เซ็นต์)	18.07	2.09	20.07	5.31	-2.04	.057
	นั่งงอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)	1.75	4.41	2.86	4.40	-1.20	.224
	ยกเข่าขึ้นลง 3 นาที (ครั้ง)	97.61	7.46	103	11.59	-2.09	.051
	ดันพื้นประยุกต์ 30 วินาที (ครั้ง)	18.06	4.86	17.83	4.51	0.129	.898
	ลุก-นั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	20.94	5.85	20.00	5.54	1.078	.296

*p<.05

แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขสมรรถนะระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง พบว่า องค์ประกอบทางกาย ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อและความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 แต่ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขสมรรถนะระหว่างกลุ่ม

รายการ	การทดสอบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P - value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
เปอร์เซ็นต์ไขมัน (เปอร์เซ็นต์)	ก่อนการฝึก	18.40	.809	18.07	3.33	.238	.813
	หลังการฝึก	15.50	.732	20.07	.940	-3.418	.002*
นั่งงอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)	ก่อนการฝึก	2.66	1.32	1.75	1.04	.537	.595
	หลังการฝึก	6.80	1.50	2.86	1.03	2.15	.039*
ยกเข่าขึ้นลง 3 นาที (ครั้ง)	ก่อนการฝึก	98.83	.957	97.61	10.75	.610	.547
	หลังการฝึก	144.55	1.75	103.00	2.73	3.74	.001*
ดันพื้นประยุกต์ 30 วินาที (ครั้ง)	ก่อนการฝึก	19.33	6.07	18.06	4.86	.666	.491
	หลังการฝึก	20.61	5.40	17.83	4.51	.647	.103
ลุก-นั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	ก่อนการฝึก	21.17	6.33	20.94	5.85	.109	.914
	หลังการฝึก	22.06	6.97	20.00	5.54	.979	.334

*p<.05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยการศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายแบบแอโรบิกรำไทยประยุกต์ที่มีต่อสุขสมรรถนะของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านสามพร้าว พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบของร่างกาย พบว่า เปอร์เซ็นต์ไขมันมีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการรำไทยเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องมีระยะเวลาที่นานและความหนักอยู่ในระดับปานกลาง ที่นำไขมันที่สะสมในร่างกายมาใช้เป็นพลังงาน จากนั้นไขมันจึงเกิดการกระบวนการเผาผลาญ เป็นสาเหตุที่ทำให้เปอร์เซ็นต์ไขมันลดลง โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยพัฒนาร่างกายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี[12] ซึ่งระดับความหนักและระยะเวลาในงานวิจัยครั้งนี้ ร่างกายสามารถนำไขมันมาเผาผลาญเป็นพลังงาน เนื่องจากการใช้พลังงานแบบแอโรบิก ต้องการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญพลังงาน แอโรบิกจะใช้ทั้งคาร์โบไฮเดรตและไขมัน เมื่อออกกำลังกายเป็นระยะเวลานาน คาร์โบไฮเดรตจะถูกนำมาใช้เป็นพลังงานช่วงแรก และเมื่อระยะเวลาในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น พลังงานจากไขมันจะเข้ามามีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ และกลายเป็นแหล่งพลังงานหลักในการออกกำลังกาย[13] ซึ่งหลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 - 60 นาที และการออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ สามารถช่วยลดไขมันในร่างกาย4,14 สอดคล้องกับสอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา[15] พบว่า ภายหลังการฝึก 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน ความหนัก 60-80 เปอร์เซ็นต์ ทำให้เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ พบว่า มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการออกกำลังกายแบบรำไทยประยุกต์ มีการเคลื่อนไหวในแต่ละท่วงท่าไม่ว่าจะเป็นการยกหรือยืดแขนและขา มีการบิดลำตัว มีการแอ่นหลังเล็กน้อย รวมไปถึงมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อได้อย่างเต็มมุมการเคลื่อนไหว จึงทำให้ความอ่อนตัวเพิ่มมากขึ้น ดังที่การศึกษาที่ผ่านมา[5] พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกรำไทยบนตารางเก้าช่องมีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้าง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา[16] พบว่า กลุ่มรำเซิ้งอีสานมีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากท่าที่ใช้ในการรำเซิ้งอีสานมีการยกหรือยืดแขนขา การบิดลำตัวและแอ่นลำตัว ทำให้ข้อต่อและกล้ามเนื้อเกิดการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น[17]

ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิกรำไทยประยุกต์ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ด้วยความหนักระดับปานกลาง มีการเคลื่อนไหวท่าทางการรำเป็นจังหวะและต่อเนื่องด้วยกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เพิ่มระดับการใช้งานออกซิเจนสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบหัวใจไหลเวียนเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการออกกำลังกายระยะเวลานานจะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานในร่างกาย และเป็นประโยชน์โดยตรงต่อความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด ซึ่งเป็นการทำงานที่มีระดับความหนักปานกลางถึงระดับหนักสูงสุดในระยะเวลาที่ยาวนานต่อเนื่อง[18] สอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา[8] พบว่า การออกกำลังกายด้วยการรำไทยเป็นเวลา 6 สัปดาห์มีความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และการออกกำลังกายด้วยรำวงมาตรฐานเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์สามารถพัฒนาอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดได้ดี[19]

ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของการทดสอบลุกนั่ง และดันพื้นประยุกต์ พบว่า มีค่าเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกรำไทยประยุกต์สามารถพัฒนาความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อรยางค์ส่วนบนได้ เนื่องจากท่าทางของการรำไทยมีการเคลื่อนไหวของรยางค์ส่วนบนในแต่ละท่ารำ เช่น ท่าสอดสร้อยมาลา ท่าชักแป้งผัดหน้า ท่ารำส่าย ท่าสอดสร้อยมาลาแปล เป็นต้น การรำไทยประยุกต์เป็นการรำที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้แรงต้านจากน้ำหนักตัว (Body weight) ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อมากขึ้น เป็นผลมาจากระบบประสาทมีการทำงานมากขึ้น[20] โดยที่ระบบประสาทเมื่อได้รับการกระตุ้นจากการฝึกที่มีการเคลื่อนไหวทำให้มีการสั่งการไปที่กล้ามเนื้อดีขึ้น จึงมีผลทำให้กล้ามเนื้อสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[21-22] อีกทั้งยังสอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา[23] พบว่า การฝึกรำไทยประยุกต์ ครั้งละ 20 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ สามารทำให้พนักงานหญิงมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ส่งเสริมให้นำการออกกำลังกายรำไทยซึ่งเป็นศิลปะวัฒนธรรมไทยไปใช้ให้แพร่หลายมากขึ้น เพราะรูปแบบการฝึกสามารถช่วยในการพัฒนาสุขสมรรถนะของเด็กได้

1.2 ส่งเสริมให้นำการออกกำลังกายรำไทยไปใช้ในการเรียนการสอน และเป็นรูปแบบกิจกรรมในโรงเรียนได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของการฝึกแอโรบิกรำไทยประยุกต์ ในกลุ่มเพศ และวัย ตลอดจนระดับสมรรถภาพทางกายก่อนเริ่มฝึกที่แตกต่างกัน

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบการฝึกการออกกำลังกายแบบแอโรบิกรำไทยประยุกต์ ในรูปแบบแอโรบิก ประเภทต่างๆ เช่น แอโรบิกมวยไทย แอโรบิกลีลาศ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก ครูนาฏศิลป์ระดับชั้นประถมศึกษาและนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยประยุกต์ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในงานวิจัยครั้งนี้

References

1. Pongpradit K et al. Report on the results of the Survey on Physical Activity of Thai Children and Youth 2018. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research. Mongkolmi There is a university in Mahidol. 2019.
2. Japan Sport Association International Affairs and Division, Sport Promotion Department. Promotion of physical activity in children through play based on ACP concept. Kohken printing Co.,Ltd. 2021.
3. Kanjanavanit S. The development of Muay Thai aerobic dance program for energy expenditure and maximum oxygen uptake. Bangkok: Chulalongkorn University. 2007. (in Thai)
4. Suksom D. Exercise for health. Bangkok. Chulalongkorn University Press. 2018. (in Thai)
5. Junprasert, S et al. Impact of Nine-Square Thai Dancing on Elderly People's Health. Thai Journal of Nursing Council. 2014; 28(4), 68-80. (In Thai)
6. Phatthanawibul S. Exercise in the elderly. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 1999; 14(1), 35 – 9. (in Thai)
7. Janyacharoen T., Phusririt C., Angkapattamakul S., Hurst C P., Sawanyawisuth, K. Cardiopulmonary effects of traditional Thai dance on menopausal women: a randomized controlled trial. Journal of Physical Therapy Science. 2015; 27, (8) 2569–72.
8. Kaewjoho C, et al., Thai dance exercises bene-ted functional mobility and fall rates among community-dwelling older individuals. Hong Kong Physiotherapy Journal. 2019; 40(1): 20-7
9. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 1988.
10. Bureau of Sports Science, Department of Physical Education, Ministry of Tourism and Sports. Physical Fitness Test and Standard Criteria) For Thai children aged 7-18 years. Bangkok: Department of Physical Education, Ministry of Tourism and Sports. 2019.
11. Bureau of Sports Science, Department of Physical Education, Ministry of Tourism and Sports. Physical Fitness Test and Standard Criteria) For Thai children aged 7-18 years. Bangkok: Department of Physical Education, Ministry of Tourism and Sports. 2012.
12. Kritpetch T and Pongphiboon S. Exercise Physiology. Bangkok: Teerasan Co., Ltd. 2011. (In Thai)

13. Sriramatr S. Physical activities for wellness. Chulalongkorn University Press. 2014. (in Thai)
14. Onsiri S. Effect of Walking with Goal Setting on Body Weight, Body Fat Percentage and Physical Fitness among Kasetsart University Female Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(1), 45 – 3. (In Thai)
15. Iamkak N, Sakdisenakham T & Pariwat P. The effect of low-impact step aerobics training on Healthy physical fitness and body fat percentage. Journal of the Faculty of Physical Education. 2012; 15(2), 47-8. (In Thai)
16. Sriraksa C, Nakmareong S, Yonglitthipagon P, Siritaratiwat W, Sawanyawisuth K, Janyacharoen T. Effects of Isaan dance on physical performance in elderly Thais: A pilot study. 2018; 62(2): 212- 22. (in Thai)
17. Sawangjaithum K, et al. The effects of retro dancing exercise on physical fitness and balance in women with metabolic syndrome. Thai Journal of Physical Therapy. 2018; 40(3), 120 – 33. (In Thai)
18. American College of Sports Medicine ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 6th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD. 2000.
19. Thonglong T, Ratthanathanthong K and Chaisri P. The effect of Rum Wong Matratan exercise program to maximum oxygen consumption of female students, Udon Thani Rajabhat University. Journal of Sports Science and Technology. 2019; 19(1) :58-8. (in Thai)
20. Howley E T. and Tomson D L. Fitness Professional's handbook (6ed.). United State of America: Human Kinetic. 2012.
21. Radaelli R., Botton C E., Wilhelm E N., Bottaro M., Lacerda F., Gaya A., Moraes K., Peruzzolo A., Brown L. E., & Pinto R. S. Low and high-volume strength training induces similar neuromuscular improvement in muscle quality in elderly women. Experimental Gerontology. 2013; 48(8), 710-16
22. Ramires-Campilo R., Castillo A., de la Fuente, C I., Campos-Jara C., Andrade D C., Alvarez, C., Mertines C., Castro-Sepulveda M., Pereira A., Marques M C., and Izquierdo M. High-speed resistant training is more effective than low speed resistant training to increase functional capacity and muscle performance in older women. Experimental Gerontology. 2014; 58(10), 51-7.
23. Thitiwaradej P. The effect of applied Thai dance training on flexibility and pain of Muscles in female office workers. Bangkok: Chulalongkorn University. 2019. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภค และระดับ HbA1C ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Effects of A Food Literacy Enhancing Program on Eating Behavior and HbA_1C Levels Among Elderly People with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus

พัทธญาณี พึ่งผาสุก*[1] นุชรัตน์ มังคละคีรี[2] เดชา ทำดี[3]

Baddhayanee Phuengphasook*[1] Nutcharat Mangkarakeree[2] Decha Tamdee[3]

[1]**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุ่มเหม้า จังหวัดนครพนม ประเทศไทย 48110**

[1]Ummao Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom, Thailand, 48000

[2]**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000**

[2]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand, 48000

[3]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200**

[3]Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai,Thailand, 50200

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคและระดับ HbA_1C ในผู้สูงอายุที่เป็นโรค DM Type 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรค DM Type 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 54 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 27 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 27 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เครื่องมือในการทดลองคือโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ได้แก่ Paired t – test , Independent Sample t – test, Chi – Square test และ Fisher's Exact test

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA_1C) ลดลงอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการวิจัยควรส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านอาหาร, ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการบริโภค,ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

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

วันที่รับ (Received) 6 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 4 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 19 พ.ย. 2566

Abstract

A quasi-experimental research with a two group pretest–posttest design, aims to study the effects of a food literacy enhancing program on consumption behavior and HbA1c levels among elderly people with uncontrolled type 2 diabetes. The sample were 54 elderly people with uncontrolled type 2 diabetes, divided into 27 patients for experimental group and 27 patients in the control group.The research instrument composed of an intervention tool which is a food literacy enhancing program. Data collection tools include: The food consumption behavior questionnaire in the elderly with type 2 diabetes mellitus was analyzed by Paired t – test, Independent 2 Sample t – test, Chi – Square test and Fisher's Exact test.

The study revealed; the experimental group had a statistically significant higher mean score of consumption behavior for glycemic control than the control group at p <.001. The HbA1C levels in experimental group was significantly decreased than the control group with p = .030.

In conclusion, this food literacy program can promote type 2 diabetic elderly people to have better eating habits and, consequently, to better control their blood sugar levels.

Keywords: Food Literacy, Elderly People with Type 2 Diabetes, Eating Behavior, HbA_1C Level

บทนำ

หลายประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยเองก็กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ทั้งนี้ตามการคาดประมาณประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562) ในปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในทุกๆ มิติ โดยเฉพาะระบบสุขภาพผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐมากถึง 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด[1] ทั้งนี้โรคเบาหวานนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวาน 191 ล้านราย หรือมีอัตราเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8[2] เช่นเดียวกับประเทศไทยพบผู้สูงอายุมารับบริการด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุดเป็นอับดับ 1[1] ทั้งนี้พบว่า อัตราความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุ[3]

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนในการหลั่งสารอินซูลินหรือการดื้อต่ออินซูลิน เป้าหมายของการรักษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือการควบคุม คือ HbA_1C < 7 เพราะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้นั่นเอง[4] จากผลการดำเนินงานปี 2564 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2565 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 28.28 ที่สามารถควบคุม HbA_1C <7% จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดพฤติกรรมควบคุมการบริโภคอาหาร[5] ทั้งนี้พบว่าการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่สุด[6]

ความรอบรู้ด้านอาหารมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน[7] ทั้งนี้พบว่าการให้ความรู้ด้านอาหารมีผลต่อการควบคุมระดับ HbA_1C ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน[8] และการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้านอาหารอย่างง่ายมีผลต่อการควบคุมระดับ HbA_1C[9] ความรอบรู้ด้านอาหารมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพการรับประทานอาหารของแต่ละบุคคล โดยความรอบรู้ด้านอาหารนั้นมีแนวคิดมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม[10] โดยแบ่งความรอบรู้ด้านอาหารออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านอาหารขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านอาหารขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านอาหารขั้นวิจารณญาณ[7,11]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการให้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในต่างประเทศ แต่ยังไม่พบการใช้ในประเทศไทยพบเพียงโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้โปรแกรมส่วนใหญ่มีการใช้แอปพลิเคชั่น และโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ซึ่ง

ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายในการมองเห็นและการฟัง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทมีข้อจำกัดในการเข้าถึง[12] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นการสร้างการเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย รวมไปถึงการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างใกล้ชิด อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุที่เป็น DM type 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

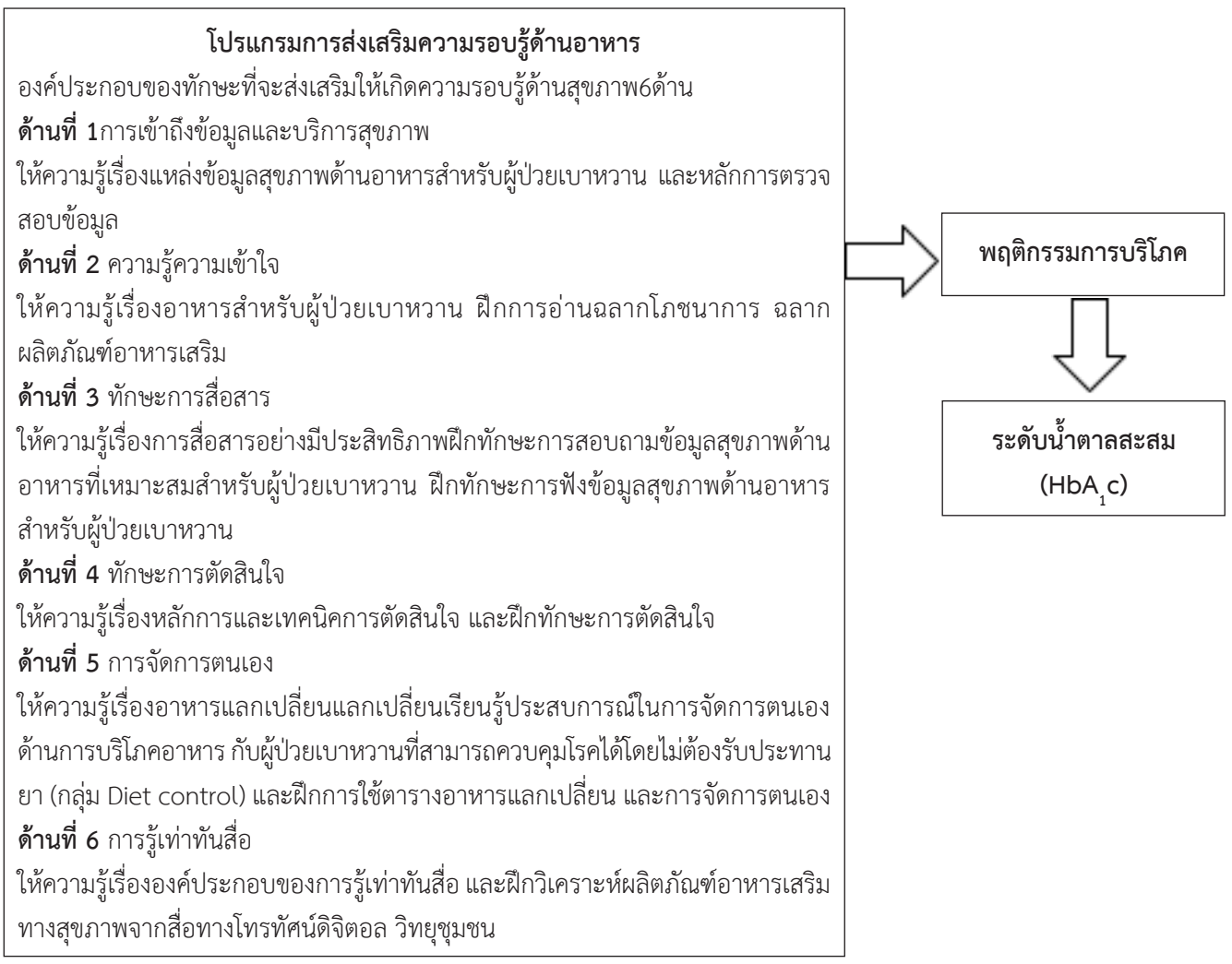
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร ต่อระดับค่า HbA_1C ในผู้สูงอายุที่เป็น DM type 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เป็น DM type 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ผู้สูงอายุที่เป็น DM type 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระดับค่า HbA_1C ลดลงอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม[10] มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นตอนที่ 2) การสร้างความรอบรู้ด้านด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นตอนที่ 3) การสร้างความรอบรู้ด้านด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ โดยมีองค์ประกอบของทักษะที่จะส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน คือ 1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2. ความรู้ความเข้าใจ 3. ทักษะการสื่อสาร 4. ทักษะการตัดสินใจ 5. การจัดการตนเอง 6. การรู้เท่าทันสื่อ มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารดังแสดงในภาพที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม[10] ได้เสนอแก่ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ทั้งนี้ได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้ในการให้โปรแกรมทดลองจริง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

(1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

(2) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็น DM type 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามความถี่ของพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร โดยมีข้อคำถามทางบวกและทางลบ มีข้อคำตอบให้เลือก 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่ปฏิบัติเลย หรือปฏิบัติ 0 วัน/สัปดาห์	ได้ 1 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง หรือปฏิบัติ 1- 2 วัน/สัปดาห์	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หรือปฏิบัติ 3- 5 วัน/สัปดาห์	ได้ 3 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ หรือปฏิบัติ 6 - 7 วัน/สัปดาห์	ได้ 4 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล โดยการหาค่าเฉลี่ย13 แบ่งเป็น 3 ช่วงชั้น แปลผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดังนี้ 20 – 40 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ 41 – 60 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และ 61 – 80 คะแนน อยู่ในระดับสูง และได้เสนอแก่ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

(3) แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสม (HbA_1C) จากสมุดดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ป่วยที่มีระดับ $HbA_1C < 7$ หมายถึง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ตามหมายเลขอนุญาตเลขที่ HE 113/66 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่างๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะนำสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็น DM type 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่ รพ.สต.อุ่มเหม้า และ รพ.สต.นาหนาด อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีจำนวน 473 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Program Alpha = .05, Power = .80, Effect size = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีคัดหาอาสาสมัคร ณ คลินิกเบาหวานในแต่ละครั้ง มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ 1.ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็น DM type 2 ไม่มีโรคร่วมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2. มีระดับ HbA_1C > 7% โดยผลการตรวจเลือดครั้งล่าสุดก่อนเข้าร่วมโครงการมีอายุไม่เกิน 3 เดือน เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลชี้แจงรายละเอียดดำเนินการสุ่มตัวอย่าง นัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อทำกิจกรรม คือ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง โดยในกลุ่มทดลอง นัดหมายทำกิจกรรมทุกวันจันทร์ ติดต่อกันในสัปดาห์ที่ 1- 6 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 12 และกลุ่มเปรียบเทียบ นัดหมายทำกิจกรรมทุกวันจันทร์ ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 (โดยทั้ง 2 กลุ่มจะนัดในช่วงเวลาไม่ตรงกัน)

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระยะเวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และบรรยายหัวข้อแหล่งประโยชน์ข้อมูลสุขภาพด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมทั้งแจกเอกสารแหล่งข้อมูลสุขภาพด้านอาหาร

สัปดาห์ที่ 2 ทักษะความรู้ความเข้าใจ ระยะเวลาดำเนินการ 30 นาที ให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การอ่านฉลากโภชนาการ พร้อมทั้งฝึกการอ่านฉลากโภชนาการ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำใบงาน “มาอ่านฉลากโภชนาการกันเถอะ”

สัปดาห์ที่ 3 ทักษะการสื่อสารระยะเวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง ให้ความรู้เรื่องทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทำใบงาน “เมื่อมีข้อสงสัย จะถามอย่างไรดี”โดยการตั้งโจทย์สถานการณ์ข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามว่าควรจะหาคำตอบข้อสงสัยจากแหล่งข้อมูลใด และถามคำถามอย่างไร และทำใบงาน “บอกต่อได้ไหม” โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังข้อมูลสุขภาพด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จากการดูคลิปวิดีโอและให้ถ่ายทอดข้อมูลที่ได้รับ

สัปดาห์ที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองระยะเวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง ให้ความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยนใบงาน “อาหารแลกเปลี่ยน” เพื่อฝึกทักษะการใช้ตารางอาหารแลกเปลี่ยนในชีวิตประจำวัน และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร กับต้นแบบเบาหวาน (กลุ่ม Diet control) และทำใบงาน “เลือกกินอย่างไรดี” โดยเป็นสถานการณ์ในการจัดการการเลือกรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 5 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อระยะเวลาดำเนินการ 30 นาที ให้ความรู้เรื่องให้ความรู้เรื่ององค์ประกอบของการรู้เท่าทันสื่อ และทำใบงาน “เชื่อดีมั๊ยน๊า...” โดยร่วมกันฝึกวิเคราะห์สื่อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมทางสุขภาพจากสื่อทางโทรทัศน์ดิจิตอล

สัปดาห์ที่ 6 ทักษะการตัดสินใจ ระยะเวลาดำเนินการ 40 นาที ให้ความรู้เรื่องหลักการและเทคนิคในการตัดสินใจ ทำใบงาน“ตัดสินใจอย่างไรดี” ให้โจทย์สถานการณ์และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงทางเลือกต่างๆในการเลือกบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจ

สัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์รายบุคคล รายละ 5 นาที เพื่อติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 12 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และติดตามผลการตรวจระดับ HbA_1C

กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็น

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 และ 12 พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจระดับ HbA_1C

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และทำการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-Square test และ independent t-test ตามลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภค ก่อนและหลังการทดลองด้วยวิธีการทดสอบ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA_1C) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในช่วงก่อนและหลังการทดลองและการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็น DM type 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 54 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน เป็นเพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40 เพศหญิง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 55.60 และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 27 คน เป็นเพศชาย จำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 37.04 เพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 62.90

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภค ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนรับโปรแกรม		หลังรับโปรแกรม		p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.	
คะเนนพฤติกรรมการบริโภคกลุ่มเปรียบเทียบ	54.07	3.00	54.19	2.83	.327
คะเนนพฤติกรรมการบริโภคกลุ่มทดลอง	55.41	3.53	60.52	2.50	<.001

จากตารางที่ 1พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพิ่มขึ้นภายหลังจากได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p <.001

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA_1c) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยการการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนรับโปรแกรม		หลังรับโปรแกรม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มเปรียบเทียบ					.110
HbA_1c < 7	0	0	4	14.81	
HbA_1c > 7	27	100.0	23	85.19	
กลุ่มทดลอง					<.001
HbA_1c < 7	0	0	12	44.44	
HbA_1c > 7	27	100.0	15	55.56	

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลสะสม อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมโรคได้ $HbA_1c < 7$ ก่อนและหลังรับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมมีระดับน้ำตาลสะสม อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมโรคได้ $HbA_1c < 7$ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภค ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทีคู่อิสระ (independent t-test)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.	
คะเนนพฤติกรรมการบริโภคก่อนรับโปรแกรม	55.41	3.53	54.07	3.00	.141
คะเนนพฤติกรรมการบริโภคหลังรับโปรแกรม	60.52	2.50	54.19	2.83	<.001

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคไม่แตกต่างกัน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$

ตารางที่ 4 ผลเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA_1c) หลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
หลังได้รับโปรแกรม					.030
$HbA_1c < 7$	12	44.44	4	14.81	
$HbA_1c > 7$	15	55.56	23	85.19	

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสม อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมโรคได้ $HbA_1c < 7$ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p = 0.03$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมติฐานดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 27 คน พบว่า มีข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน

สมมติฐานที่ 1 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคดีขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีมมี 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับที่ 2 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ โดยมีองค์ประกอบของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ[10]

ที่ผู้วิจัยได้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านอาหาร หมายถึง ความสามารถในการได้รับและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการเพื่อทำการตัดสินใจทางโภชนาการที่เหมาะสม[14] การให้โปรแกรมสุขศึกษาด้านอาหารอย่างง่าย มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] และสอดคล้องกับซาวาเรสและคณะ ที่พบว่าการให้โปรแกรมทางอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดการกับโรคเบาหวาน[14] ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านอาหารมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพการรับประทานอาหารของแต่ละบุคคล[11]

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร มีระดับค่า HbA_1C ลดลงอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA_1C) ลดลงอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารนั้นมีแนวคิดมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม[10] แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านอาหารขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านอาหารขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านอาหารขั้นวิจารณญาณ[7,11] การให้ความรู้ด้านอาหารนั้นมีผลต่อระดับ HbA_1C ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ให้บรรลุเป้าหมายในการรักษา[8] โดยการให้โปรแกรมทางอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดการกับโรคเบาหวาน[15] ทั้งนี้พบว่า การรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่สุด[6] และยังพบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน[16] ความรอบรู้ด้านอาหารนั้น มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน[7] การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

ผลการวิจัยนี้ จึงอาจสรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารนี้สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้นและส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารและแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในช่วงอายุอื่นๆ

2) ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรค DM Type 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในกลุ่มที่มีโรคร่วม เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องการการดูแลที่เหมาะสมกับบริบท

3) ควรมีการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น ระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

References

1. Bunnag S, Aekplakorn W, Treeyamaneerat K, Pansila N. Analysis of Health Status, Burden of Disease and Health Service Needs in Thai Elderly. 2020.(in Thai).
2. Boyko E, Magliano D, Karuranga S, Piemonte L, Riley P, Saeedi P, et al. International Diabetes Federation.IDF Diabetes Atlas 10th edition. 2021.
3. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. Report on the Thai People's Health Survey by Physical Examination. 2020. (in Thai).
4. Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Clinical Practice Guideline for Diabetes. 2017. (in Thai).

5. Phungdee T, Sirisopon N. Diet Consumption Behavior Modification to Control Blood Sugar Levels of Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):48–54.(in Thai).
6. Kawitu K, Mattavangkul C. Factors Associated with Blood Sugar Controlling Among The Elderly with Diabetes, Living in Communities Nearby Siam University. Journal of Nursing Siam University. 2019;20(38):82–95.(in Thai).
7. Julsulkon A, Piaseu N, Thipsuwannakool V, Lininger J. Nutrition Literacy and Health Outcomes in Older Adults with Type 2 Diabetes. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2019;34(4):120–35.(in Thai).
8. Miller KC, Edwards L, Kissling G, Sanville L. Nutrition Education Improves Metabolic Outcomes among Older Adults with Diabetes Mellitus: Results from a Randomized Controlled Trial. 2002;34(2):252–9.
9. Saman AH, BarakatunMY, Hazizi AS, Suriani I, Osama H, Abbas M. Effectiveness of simplified diabetes nutrition education on glycemic control and other diabetes-related outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. 2021;45 (1):141-9.
10. Nutbeam D. Defining measuring and improving health literacy. Health Evaluation and Promotion. 2015; 42(4): 450-6.
11. Vettori V, Lorini C, Milani C, Bonaccorsi G. Towards the implementation of a conceptual framework of food and nutrition literacy: Providing healthy eating for the population. In International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(24):1-21.
12. 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).
13. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th edition. You and I intermedia ; 2010. (in Thai).
14. Silk K, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodynski M, Sayir A. Increasing nutrition literacy; testing the effectiveness of print. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2008;40(1):3-10.
15. Savarese M, Sapienza M, Acquati GM, Nurchis MC, Riccardi MT, Mastrilli V, et al. Educational interventions for promoting food literacy and patient engagement in preventing complications of type 2 diabetes: A systematic review. Journal of Personalized Medicine. 2021; 11(8):1-22.
16. Nitiwat S, Tansakul S, Therawiwat M, Imamee N. Factors Related to Food Consumption Behavior with Type 2 Diabetes Patients. Journal of Health Education.2015;38(129): 14–30. (in Thai).

ผลของการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรต่อการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

The Effects of Breast Massage with Herbal Compress on Milk Flow among Postpartum Mothers in Doi Saket Hospital Chiangmai

กัญญาวีร์ สิริโรจนามณี[1] อัชฌา วารีย์*[1] ศศิรชนม์ จอกลอย[2] ทินกร เงินก่ำ[2] ชนม์นิภา ช้อนเขียว[2]

Kanyavee Siriloadjanamanee[1] Acha Varee*[1] Sasirachun Joungloi[2] Thinnakorn Ngoenkam[2] Chonnipha Chonkhiao[2]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50100

[1]Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand 50100

[2]โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ประเทศไทย 50000

[2]Doi Saket Hospital, Chiangmai, Thailand 50000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการไหลของน้ำนมและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการไหลของน้ำนมระหว่างมารดาหลังคลอดที่ได้รับการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรกับมารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่มาคลอดและพักฟื้นในแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการไหล และระดับการไหลของน้ำนมของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระยะ 30 นาทีแรกหลังคลอด (p>.001) แต่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอดกลุ่มทดลองภายหลังจากการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรมีระยะเวลาการไหลเร็วกว่า และระดับการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001)

คำสำคัญ: การนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร, การไหลของน้ำนม, มารดาหลังคลอด

Abstract

This Quasi–Experimental Research aimed to compare the average time and level of milk flow between the postpartum mothers by using breast massage with herbal compress and received standard care. The sample groups are 60 postpartum mothers that took the birthplace and stayed in the recovery room, in – Patient Department, Doi Saket Hospital, Chiangmai and are divided into the control group 30 persons and the experimental group 30 persons. Data were analyzed by using descriptive and T-test statistics.

Corresponding Author: *Email: rnwall@gmail.com

วันที่รับ (received) 29 พ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 ธ.ค. 2567

The results of the study were as follows. When compared the average time and level of milk flow between the control group and the experimental group during the first 30 minutes postpartum (p>.001). But during the 1- and 3-hours postpartum, the experimental group by using breast massage with herbal compress had the average time and level of milk flow more than the control group significantly at the level of .001.

Keywords: the breast massage with herbal compress, milk flow, postpartum mothers

บทนำ

น้ำนมแม่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เป็นอาหารที่ดีที่สุดของทารกในช่วง 6 เดือนแรก ประโยชน์ต่อตัวมารดาและทารกจะช่วยพัฒนาการและสติปัญญา สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค[1] สำหรับประโยชน์ต่อมารดา ช่วยให้สุขภาพกลับสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่[2] องค์การอนามัยโลกกำหนดให้มารดาหลังคลอดมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ภายในปี 2568[3] ประเทศไทยโดยกรมอนามัยได้มีการรณรงค์เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50[4]

สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 14[5] มีหลายปัจจัยที่มีผลความสำเร็จต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ด้านทารก และการสนับสนุนทางสังคม[6] ดังนั้นบุคลากรวิชาชีพควรส่งเสริมบทบาทของคู่สมรสในการสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และส่งเสริมบทบาทของคนในครอบครัว[7] แต่สาเหตุสำคัญที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบผลสำเร็จคือมารดารับรู้ว่าตนเองมีน้ำนมไม่เพียงพอ น้ำนมไหลช้า ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและหยุดชะงักการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรก รวมทั้งเริ่มให้นมผสมแก่ทารก[8] ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลต่อกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม เนื่องจากความถี่ในการดูดนมของทารกที่ลดลงมีผลต่อการเริ่มการหลั่งของน้ำนมของมารดา[9] จากปัญหาการมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอเป็นปัญหาสำคัญ จากสถานการณ์ดังกล่าวพยาบาลควรให้การดูแลเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด และส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายวิธี การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งทางเลือกที่สามารถให้การบริการแบบองค์รวม และมีการดูแลอย่างครบวงจรทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยนำความเป็นธรรมชาติเอามาบำบัดในด้านเวชกรรมไทย ด้านหัตถเวชกรรมไทย ด้านเภสัชกรรมไทย และด้านผดุงครรภ์[10] แพทย์แผนไทยจึงเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ให้บริการทับหม้อเกลือเพื่อฟื้นฟูสมดุลร่างกายและจิตใจ มีทฤษฎีแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอาการคัดตึงเต้านม[11] ได้กล่าวถึงการเกิดโรคอาการคัดตึงเต้านมคือ พิกัดเสมหะ (ธาตุน้ำ) ถ้ากำเริบร่วมกับพิกัดวาตะ (ธาตุลม) หย่อน เมื่อไม่มีแรงขับเคลื่อนให้น้ำนมไหลออกมา ส่งผลให้มารดาเกิดอาการคัดตึงเต้านม และเจ็บปวดเต้านม การรักษาทางแพทย์แผนไทยคือการนวดและประคบสมุนไพรซึ่งเป็นการกระตุ้นธาตุไฟในร่างกาย หลังการนวดส่งผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานได้ดี ลมที่มีหน้าที่พัดทั่วร่างกาย ทำงานได้เป็นปกติมีแรงขับน้ำนมให้ไหลออกมา อาการคัดตึงเต้านมหายไป มารดาจึงมีความเจ็บปวดลดลง และมีน้ำนมที่เพียงพอใช้เลี้ยงทารก[12]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีแนวทางในการส่งเสริมการไหลของน้ำนมหลายวิธี ได้แก่ การประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดจะช่วยให้มีการไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้น[13] และจากการศึกษาพบว่าการประคบด้วยสมุนไพรสามารถลดอาการคัดตึงเต้านม ส่งผลดีต่อระบบการไหลเวียนโลหิตและต่อมน้ำนม ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เกิดการไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น ลดอาการปวด บวม และการอักเสบของเต้านมได้ และยังช่วยกระตุ้นการไหลของของน้ำนมได้มากขึ้น[14]

โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยยึดหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการนำนวัตกรรมต่างๆ มาใช้เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 พบปัญหาความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีน้อยกว่าร้อยละ 90

ซึ่งไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดคุณภาพของระบบประกันคุณภาพของโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายมารดาและทารก 7 วันหลังคลอด พบว่ามีมารดาให้นมผสมแทน คิดว่าน้ำนมไม่ไหล น้ำนมไหลน้อย ในขณะเดียวกันแนวปฏิบัติการดูแลมารดาหลังคลอดกับการส่งเสริมช่วยเหลือในการให้นมบุตรทั้งแพทย์ปัจจุบัน และแผนกแพทย์แผนไทย ยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและหยุดชะงักการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรก

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลกระทบจากปัญหาการมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมการไหลของน้ำนม หากปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้แก้ไข อาจทำให้เกิดหัวนมแตกเต้านมอักเสบ และยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่รุนแรง นอกจากนี้สาเหตุดังกล่าวยังส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น รวมไปถึงส่งผลให้ทารกแรกเกิดขาดโอกาสในการดื่มนมมารดาที่อุดมไปด้วยสารอาหารที่เหมาะแก่ทารกแรกเกิดเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยมองเห็นถึงปัญหาจึงบูรณาการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย โดยนำองค์ความรู้ด้านวิชาการวิจัย และการปฏิบัติมาต่อยอดในการส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดด้วยการนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพร ดังนั้นวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีน้ำนมไหลตามระยะเวลาที่กำหนด เป็นการบ่งชี้ว่ามารดามีปริมาณน้ำนมมาก มีแนวโน้มสูงที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลานานกว่า ส่งผลให้มารดาหลังคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการไหลของน้ำนมระหว่างมารดาหลังคลอดที่ได้รับการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรกับมารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการไหลของน้ำนมระหว่างมารดาหลังคลอดที่ได้รับการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรกับมารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่ได้รับการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

2. มารดาหลังคลอดที่ได้รับการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรมีค่าเฉลี่ยระดับการไหลของน้ำนมมากกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีทฤษฎีแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอาการคัดตึงเต้านม[11] ได้กล่าวถึงการเกิดโรคอาการคัดตึงเต้านมคือ พิกัดเสมหะ (ธาตุน้ำ) ถ้ากำเริบร่วมกับพิกัดวาตะ (ธาตุลม) หย่อน เมื่อไม่มีแรงขับเคลื่อนให้น้ำนมไหลออกมา ส่งผลให้มารดาเกิดอาการคัดตึงเต้านม และเจ็บปวดเต้านม การรักษาทางแพทย์แผนไทยคือ การนวดและประคบสมุนไพรซึ่งเป็นการกระตุ้นธาตุไฟในร่างกาย หลังการนวดส่งผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานได้ดี ลมที่มีหน้าที่พัดทั่วร่างกายทำงานได้เป็นปกติมีแรงขับน้ำนมให้ไหลออกมา อาการคัดตึงเต้านมหายไป มารดาจึงมีความเจ็บปวดลดลง และมีน้ำนมที่เพียงพอใช้เลี้ยงทารก[12] การกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้มาเลี้ยงบริเวณเต้านม กระตุ้นให้มีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโตซินเพิ่มขึ้น ช่วยให้มีการสร้างน้ำนมมากขึ้น ท่อน้ำนมยืดหยุ่นดีขึ้น น้ำนมถูกขับและไหลสะดวกขึ้น[15] ซึ่งการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเป็นตัวแปรต้นจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยระยะเวลาการไหลของน้ำนม และค่าเฉลี่ยระดับการไหลของน้ำนม[16]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) แบบสองกลุ่ม คือวัดผลก่อนและหลังการนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพร (Pretest-Posttest Group Designs) รายละเอียดและขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย มีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่คลอดบุตรมีชีวิตที่ได้รับการฝากครรภ์ เข้ารับการคลอด และได้รับการพักฟื้นในแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่มาคลอดและพักฟื้นในแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาล

ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากผลงานวิจัยเรื่อง ผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ถูกนวดและประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร[13] กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.8 และกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.5 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 ราย ผู้วิจัยจะทำการจัดกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกันโดยการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ในด้านอายุ และระดับการไหลของน้ำนมแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจัดให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ และทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบก่อน แล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลองอีก 30 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกมารดา หลังคลอดที่รับไว้ในตึกหลังคลอด โรงพยาบาลดอยสะเก็ด โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มารดาหลังคลอดครบกำหนดครรภ์แรกที่คลอดบุตรทางช่องคลอด อายุระหว่าง 20-40 ปี 2) มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม ไม่มีประวัติใช้ยาและสารเสพติด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคหัวใจ โรคไทรอยด์เป็นพิษ ครรภ์แฝด การสูบบุหรี่ในระยะตั้งครรภ์ หรือตกเลือดหลังคลอด 4) มีลักษณะหัวนมปกติ คือ ยาวประมาณ 1-2 เซนติเมตร ยื่นออกมาอย่างชัดเจนเมื่อทดสอบด้วยวิธี วอลเลอร์ (Waller's test) 5) ประเมินหลังคลอดพบว่าน้ำนมยังไม่ไหล (ระดับการไหลของน้ำนม = 0) 6) ภายหลังคลอดทารกแล้วยังไม่ได้รับการกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา 7) ไม่แพ้สมุนไพรหรือมีข้อห้ามในการใช้สมุนไพร (ส่วนประกอบของลูกประคบสมุนไพรคือ ไพล ขมิ้นชัน ผิวมะกรูด ตะไคร้บ้าน ใบมะขาม และการบูร) 8) ไม่มีโรคที่เป็นข้อห้ามในการบำบัดด้วยความร้อน 9) ทารกแรกคลอดมีสุขภาพแข็งแรง โดยมี APGAR score นาที ที่ 1 และ 5 ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป น้ำหนักทารกมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการดูดกลืน 10) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย 11) สามารถเข้าใจในการสื่อสารภาษาไทย สามารถอ่านออก เขียนได้ 12) มีภูมิลำเนาแน่นอนและมีเบอร์โทรศัพท์ที่บ้านหรือมือถือเป็นของตัวเองที่สามารถติดต่อได้สะดวก เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) 1) มารดาหลังคลอดที่ไม่สามารถเข้าร่วมในช่วงเวลาที่กำหนด 2) ได้รับยากระตุ้นการไหลของน้ำนม 3) เคยได้รับการผ่าตัดเต้านม หรือศัลยกรรมเต้านม หรือมีก้อนเนื้อที่เต้านม 4) มีอาการเต้านมอักเสบระหว่างการดำเนินการวิจัย 5) ประเมินแรกรับที่แผนกห้องคลอดพบระดับการไหลของน้ำนมตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัยในมารดาหลังคลอดปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ลูกประคบสมุนไพร ประกอบด้วยสมุนไพรดังต่อไปนี้ ไพลจำนวน 60 กรัม ขมิ้นชันจำนวน 30 กรัม ผิวมะกรูดจำนวน 35 กรัม ตะไคร้บ้านจำนวน 30 กรัมใบมะขามจำนวน 35 กรัม เกลือจำนวน 10 กรัม และการบูรจำนวน 1 ช้อนโต๊ะห่อด้วยผ้าดิบขนาด 35 เซนติเมตร x 35 เซนติเมตรจำนวน 2 ชั้น มัดด้วยเชือกด้ายยาว 2 เมตร น้ำหนักรวมของลูกประคบสมุนไพรเท่ากับ 200 กรัม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง มีจำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาหลังคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อายุครรภ์ ระยะเวลาการคลอด ยาที่ได้รับระหว่างการคลอด APGAR score น้ำหนักของทารกแรกคลอด และคะแนนการประเมินระดับการไหลของน้ำนมก่อนคลอด และ 30 นาทีแรกหลังคลอด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำในช่องว่าง มีจำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับการไหลของน้ำนม ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินระดับการไหลของน้ำนมจากงานวิจัยเรื่องผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ถูกนวดประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร[13] แบบประเมินระดับการไหลของน้ำนม 5 ระดับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content

validity) โดยการนำเครื่องมือส่วนที่ 2 ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาหลังคลอด และแบบประเมินระดับการไหลของน้ำนม ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 1 ท่านตรวจสอบ หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ดังนี้ แบบประเมินระดับการไหลของน้ำนม ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินจากงานวิจัยเรื่องผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ถูกนวดประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร[13] นำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือแบบสังเกต (Interrater reliability) โดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 4 ท่าน (เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกหลังคลอด และรับผิดชอบเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) จะทำการสังเกตการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่แผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรของ[16,17] ได้ค่าดัชนีความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

นำเสนอโครงร่างการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน Research ID: Ethic LPN 024/2565 วันที่อนุมัติ 20 มกราคม 2566 และทำการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายสิทธิในการเข้าร่วมหรือสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน รวมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยได้เก็บรักษาอย่างเป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และจะทำลายเมื่อดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในหญิง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการของแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 2 คนเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยประชุมชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการไหลของน้ำนม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อมารดาหลังคลอดมาพักฟื้นที่แผนกผู้ป่วยในหญิงโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของเพื่อให้ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์และจำนวนที่กำหนด แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย

4. ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป

5. ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

5.1 กลุ่มควบคุมให้การพยาบาลหลังคลอดตามปกติ และทำการประเมินระดับการไหลของน้ำนมตามเวลาที่กำหนดจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 คือหลังคลอด 30 นาที ครั้งที่ 2 คือ 1 ชั่วโมงหลังคลอด และครั้งที่ 3 คือภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอด

5.2 กลุ่มทดลองให้การพยาบาลหลังคลอดตามปกติ ทำการประเมินระดับการไหลของน้ำนมตามเวลาที่กำหนดจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 คือหลังคลอด 30 นาที หลังจากนั้นทำการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรข้างละ 10 นาที รวมเป็นเวลา 20 นาที แล้วประเมินครั้งที่ 2 คือ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และครั้งที่ 3 คือ ภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอด โดยผู้วิจัยประเมินระดับการไหลของน้ำนมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.3 การนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรในกลุ่มทดลอง มีวิธีการดังนี้

5.3.1 จัดท่านอนหงายเพื่อให้สะดวกต่อการนวดเต้านม

5.3.2 ใช้นิ้วมือนวดเบาๆ เป็นรูปก้นหอย นวดวนไปรอบๆ เต้านมข้างละ 5 นาที

5.3.3 ใช้ฝ่ามือลูบเต้านมจากด้านบนด้านข้างเละด้านล่างเข้าหาหัวนมเบาๆ ข้างละ 5 นาที

5.3.4 นำลูกประคบสมุนไพรที่เตรียมไว้ทดสอบความร้อนโดยประคบที่ท้องแขนตนเอง ก่อนนำลูกประคบสมุนไพรไปประคบเต้านมจริง จากนั้นใช้ลูกประคบสมุนไพรคลึงเต้านมเป็นรูปก้นหอยจากด้านข้างเข้าหาหัวนม ทำไปรอบๆ เต้านมจนครบข้างละ 10 นาทีโดยผู้วิจัยให้แก่กลุ่มทดลอง

6. จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระดับการไหลของน้ำนมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมินระดับการไหลของน้ำนม มีวิธีการประเมินการไหลของน้ำนมมีดังนี้ ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้วางที่ขอบนอกของลานนมหรือห่างจากหัวนมประมาณ 1 นิ้ว ในตำแหน่งที่ตรงข้ามกันแล้วกดปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอกและบีบเข้าหากันเบาๆ ให้เป็นจังหวะลึกลงไปด้านหลังของลานนม คลายนิ้ว แล้วเริ่มทำใหม่โดย กด-บีบ-ปล่อย ให้เป็นจังหวะ ห้ามรีดคั้นเต้านม และห้ามกด หรือดึงหัวนม ประเมินคะแนนระดับการไหลของน้ำนมตามช่วงเวลา ดังนี้ ครั้งที่ 1 หลังคลอด 30 นาที (ประเมินครั้งแรก) ครั้งที่ 2 หลังคลอด 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 3 หลังคลอด 3 ชั่วโมง

7. ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนเดือนธันวาคม 2565 – ตุลาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาและค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการไหลน้ำนมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อน และหลังการทดลองใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

อายุของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 27.80+5.71 ปี อายุของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 29.17+5.74 ปี และ BMI ของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 27.26+1.80 กก./ม.^{2} BMI ของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 26.78+1.96 กก./ม.สถานภาพของกลุ่มควบคุม คือ สถานภาพสมรส จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 ส่วนกลุ่มทดลอง คือ สถานภาพสมรส จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.00 ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุม คือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 ระดับอนุปริญญา จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30. ส่วนกลุ่มทดลอง คือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 ระดับปริญญาตรีและอนุปริญญา จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.30 อาชีพของกลุ่มควบคุม คือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ทำงานโรงงาน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ส่วนกลุ่มทดลอง คือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ทำงานโรงงาน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 รายได้ครอบครัวของกลุ่มควบคุม โดยเฉลี่ย 21,750 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบครัวกลุ่มทดลอง โดยเฉลี่ย 18,783.33 บาทต่อเดือน

ตอนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาหลังคลอด

อายุครรภ์จำแนกตามวันของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 268.97+4.24 วัน และอายุครรภ์จำแนกตามวันของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 270.03+4.31 วัน ระยะเวลาในการคลอดของกลุ่มควบคุม ระยะที่ 1 มีค่าเฉลี่ย 601.33+102.86 นาที ระยะที่ 2 มีค่าเฉลี่ย 58.70+16.61 นาที และระยะที่ 3 มีค่าเฉลี่ย 20.13+5.90 นาที ส่วนระยะเวลาในการคลอดของกลุ่มทดลอง ระยะที่ 1 มีค่าเฉลี่ย 539.27+109.25 นาที ระยะที่ 2 มีค่าเฉลี่ย 67.73+20.85 นาที และระยะที่ 3 มีค่าเฉลี่ย 20.73+6.71 นาที กลุ่มควบคุมมีร้อยละของการได้รับยาระหว่างการคลอด เท่ากับ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ส่วนกลุ่มทดลองมีร้อยละของการได้รับยาระหว่างการคลอด เท่ากับ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ร้อยละด้าน APGAR score ของทารกแรกคลอดของกลุ่มควบคุม นาทีที่ 1 = 8 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนร้อยละด้าน APGAR score ของทารกแรกคลอดของกลุ่มทดลอง นาทีที่ 1 = 8 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 น้ำหนักของทารกแรกคลอดของกลุ่ม

ควบคุม มีค่าเฉลี่ย 3,043+219.70 กรัม และ น้ำหนักทารกแรกคลอดของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3,006+226.89 กรัม

ตอนที่ 3 ข้อมูลการประเมินระยะเวลาและระดับการไหลของน้ำนมหลังคลอด

ตารางที่ 3.1 แสดงผลการทดสอบระยะเวลาการไหลของน้ำนมหลังคลอดของกลุ่มควบคุม (n = 30) และของกลุ่มทดลองภายหลังจากการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร (n = 30)

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		T	P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
30 นาทีแรกหลังคลอด	0.00	0.00	0.00	0.00		
ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด	2.03	0.49	.33	0.55	-23.548	***0.000
ภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอด	1.03	0.56	2.43	0.77	-20.857	***0.000

***p < .001

จากตาราง 3.1 พบว่าระยะเวลาการไหลของน้ำนมของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระยะ 30 นาทีแรกหลังคลอดไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอดของกลุ่มทดลองภายหลังจากการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรมีระยะเวลาการไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 3.2 แสดงผลการทดสอบระดับการไหลของน้ำนมหลังคลอดของกลุ่มควบคุม (n = 30) และกลุ่มทดลองภายหลังจากการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร (n = 30)

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		T	P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
30 นาทีแรกหลังคลอด	0.00	0.00	0.00	0.00		
ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด	0.27	0.45	1.87	0.68	-10.733	***0.000
ภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอด	1.17	0.65	2.53	0.57	-8.667	***0.000

***p < .001

จากตาราง 3.2 พบว่าระดับการไหลของน้ำนมของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระยะ 30 นาทีแรกหลังคลอดไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอดของกลุ่มทดลองภายหลังจากการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรมีระดับการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การได้รับการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ได้ว่าระยะเวลาการไหลของน้ำนมรวมถึงระดับการไหลของน้ำนมของกลุ่มตัวอย่างภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าการนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรช่วยกระตุ้นในการสร้างการไหลของน้ำนมด้วยระยะเวลาที่เร็วขึ้น และการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดได้มากขึ้น ทฤษฎีของแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอาการเต้านมคัดคือ คัมภีร์เวชศึกษาได้กล่าวถึงสมุฏฐานการเกิดโรคอาการเต้านมคัดคือ พิกัดเสมหะ (ธาตุน้ำ) กำเริบร่วมกับพิกัดวาตะ (ธาตุลม) หย่อนเมื่อไม่มีแรงขับเคลื่อนให้นน้ำนมไหลออกมาจึงเป็นเหตุให้มีการคั่งของน้ำนมในเต้า การนำความรู้ทางการแพทย์แผนไทยมารักษาคือนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร ส่งผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตท้างานได้ดี ลมอังคมังคานุสารีวาตา (ลมที่มีหน้าที่พัดทั่วร่างกาย)

ทำงานได้เป็นปกติมีแรงขับน้ำนมให้ไหลออกมาเพียงพอใช้เลี้ยงทารก อาการเต้านมคัดหายไป ความเจ็บปวดลดลง[12] จากผลการศึกษาครั้งนี้การนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรเป็นตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยระยะเวลาการไหลของน้ำนมที่เร็วขึ้น และค่าเฉลี่ยระดับการไหลของน้ำนมมากขึ้น จึงมีส่วนในการสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงทารกด้วยน้ำนม ผตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการนวดไทยเพื่อกระตุ้นน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่น้ำนมไม่ไหล โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่น้ำนมไม่ไหล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดไทยและกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับการนวดไทย มีน้ำนมไหลภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีน้ำนมไหลภายใน 24 ชั่วโมง พบความสัมพันธ์ระหว่างการนวดไทยเพื่อกระตุ้นน้ำนมกับการไหลของน้ำนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 18 รวมถึงการวิจัยเรื่องผลการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 65 ของกลุ่มทดลองมีน้ำนมเริ่มไหลภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ 10 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการไหลของน้ำนมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.001 ทุก 6, 12, 18, 30 ชั่วโมงหลังคลอด[19] รวมทั้งการศึกษาการประคบเต้านมด้วยผ้าชุบน้ำอุ่นหรือประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร ร่วมกับการนวดเต้านม 6 ท่า ได้แก่ ท่าผีเสื้อขยับปีก ท่าหมุนวนปลายนิ้ว ท่าประกายเพชร ท่ากระตุ้นท่อน้ำนม ท่าเปิดท่อน้ำนม และท่าสุดท้ายพร้อมบีบน้ำนม วิธีการประคบเต้านม และนวดเต้านมด้วยผ้าชุบน้ำอุ่นหรือประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรเพิ่มจำนวนการไหลของน้ำนมได้[20] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการนวดกระตุ้นการไหลของน้ำนมและประคบสมุนไพรในมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมโปรแกรมการนวดกระตุ้นการไหลของน้ำนมมารดาและการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพร พบค่าเฉลี่ยการไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21]

ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการนวดเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด ที่ส่งผลดีต่อระบบไหลเวียนของโลหิตและส่งผลต่อต่อมน้ำนมทำให้ผลิตน้ำนมได้มากขึ้นอีกด้วย การนวดยังทำให้ร่างกายผ่อนคลาย ลดความเครียด ลดความเมื่อยล้า ดังนั้นบุคคลากรทางสุขภาพสามารถนำการนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดได้ส่งผลทำให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรบูรณาการหลากหลายช่องทาง และวิธีการในการให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่การใช้สื่อหนังสือคู่มืออินเทอร์เน็ต ร่วมกับการให้คำแนะนำจะช่วยเอื้ออำนวยให้มารดาได้รับข้อมูลที่ต้องการ จะช่วยส่งเสริมให้มารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยาวนานขึ้น[22]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

บุคลากรวิชาชีพควรบูรณาการความรู้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้วยวิธีการการใช้สมุนไพรประคบเต้านมให้ความรู้ คำปรึกษาชี้แนะ แก่มารดาหลังคลอดเพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในขณะน้ำนมไม่เพียงพอ และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น มารดาหลังคลอดไม่ปกติเช่น ผ่าคลอด มารดาวัยรุ่น มารดาคลอดก่อนกำหนด หรือมารดาที่มีความผิดปกติของเต้านม และควรมีการศึกษาติดตามผลของการนวดกระตุ้นการไหลของน้ำนมในระยะเวลาที่มารดากลับไปดูแลตนเองที่บ้านโดยกำหนดเวลาที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแหล่งทุนผู้สนับสนุนงานวิจัยคือ ทุนอุดหนุนวิจัย ปีงบประมาณ 2565 โดยได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากมหาวิทยาลัยพายัพ และทุนสนับสนุนวิจัยจากสมาคมพยาบาลแมคคอร์มิค เนื่องในโอกาสระลึกถึงศาสตราจารย์กิตติคุณศรีวิไล ทองม้วน และอาจารย์ทองม้วน สุขจรัสปี 2566

References

1. Nuampa S, Tangsuksan P, Jitima V, Nguycharoen G. Breast Massage for Breastfeeding Promotion and Problem Solving: Evidence-based Nursing Practice. Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(3):4-21. (in Thai)

2. Kheawnet T, Laothong U, Nanthamongkolchai S, Phetrak A. Effects of Breastfeeding Promotion Program for Late Adolescent Mothers via Social Media in The Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. Journal of Nursing, Public Health, and Education 2020;21(3):54-68. (in Thai)
3. National Statistical Office of Thailand. Thailand MultipleIndicator Cluster Survey 2015-2016. 2017. (in Thai)
4. Department of Health, Ministry of Public Health. Annual report 2014, Department of Health. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
5. National Statistical Office of Thailand. Multiple Indicator Cluster Survey 2019 Summary of Key Indicators. Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2020. (in Thai)
6. Chairat N, Kala S. Intention of Breastfeeding among Mothers with Cesarean Section: The Effects of a Nursing Program Based on the Planned Behavior Theory. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2022;9(1):121-34. (in Thai)
7. Keskomon T, Pansang K, Poungjuntaradej N, Klinsukon C, Boonleart D, Thongkam P, et al. Factors Affecting Breastfeeding during 6 Months to 2 Years of Adolescent at Police General Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):494-503. (in Thai)
8. Chaingm N, Yusamran C, Pahuwattanakorn W. Factors Predicting the Onset of Lactation in Breastfeeding Mothers. Journal of Nursing and Health Care. 2019;37(1):52-9. (in Thai)
9. Kala S. Breastfeeding Support: Nurses' Role. Songkhla: Chanmuang Printing; 2018. (in Thai)
10. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. Review Report, Literature regarding The Theory and Mechanism of Milk Secretion Diagnosis of Related Diseases and Treatment accordingly Theory of Traditional Thai and Modern Medicine. Nonthaburi: Thai Traditional Medicine Research Office; 2020. (in Thai)
11. Nettipawan S. The Effect of Oil Massage and Herbal Compress in The Mother After The Birth of Breast-Feeding Hospital Clinics in Sena Hospital, Sena District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. PTU Journal of Science and Technology. 2021;2(2):56-70. (in Thai)
12. The Faculty of Traditional Thai Medicine Prince of Songkla University. Condition of Engorged Breasts: Medical practice guidelines Thai Traditional Medicine Volume 3. 2017. (in Thai)
13. Trainapakul C, Chaiyawattana M, Kanavitoon W, Tiumtaogerd R, Naka S, Mitrniyodom W, et al. Effect of Milk Ejection Performance of Postpartum Mothers After Breasts Massage and Compression with Mini Hot Bag and Herbal Compress. Journal of Nursing and Education. 2010;3(3):75-91. (in Thai)
14. Tantinantrakun S, Cheunarrom K, Kiatsangworn M, Srisiri N, Maliwan V. Herbal Compresses for The Breast After Giving Birth. Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Nakhondhat. 2021;8(12):179-89. (in Thai)
15. Kongma B, Putip P, Phanit P. Effect of Self Breast Massage using Herbal Gloves on Pain Relief in Post Partum Mother. Thesis of the Bachelor Degree in Thai Traditional Medicine, Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine Ubon Ratchathani Rajabhat University. 2017. (in Thai)

16. Masae M. Effect of Self-Breast Massage Program on Milk Ejection of first-Time Mothers. Thesis of The Master Degree in Nursing Science (Midwifery) Prince of Songkla University. 2018. (in Thai)
17. Burns N, Grove SK. The practice of Nursing Research : Conduct, Critique, and Utilization. 5, editor. Missouri: Elsevier Saunders; 2005.
18. Kuntajam T, Rakwannawong A, Srikaew K, Kanjanarat P, Sirisa-ard P, Ananthanavanich M, et al. Effects of Thai Breast Massage on Breast Milk Production in Mothers with Agalactia at Nakornping Hospital in Chiang Mai Province. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine. 2021;19(1):77-83. (in Thai)
19. Chanetiyoung A. The Effects of Breast Massage and Hot Compress on Stimulating of Milk Flow in Postpartum Mothers at Phusing Hospital, Srisaket Province. Journal of Traditional Thai Medical Research. 2018;4(1):41-52. (in Thai)
20. Jitcharerntham A, Janair P, Pewgern T, tuma K, Koontavad J, Ponnarathorn P, et al. The Effects of Using the Thai Ways Program to Stimulate Lactation on the Amount and Duration of Milk Flow in Postpartum Mothers. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine. 2022;20(2):268-81. (in Thai)
21. Mata S, Thammaporn C. Effect of Massage and Herbal Compress to Stimulate The Flow of Milk in Postpartum Mothers at Nangrong Hospital, Nang Rong District, Buriram Province. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2023;6(1):59-71. (in Thai)
22. 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)

คำแนะนำการเตรียม และส่งต้นฉบับวารสารพยาบาลทหารบก

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอเชิญชวนพยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักการศึกษา สาขาต่าง ๆ ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยทางการพยาบาลเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ 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 อย่างละเอียดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 - 5 ตัวอักษร หัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน พิมพ์ให้ตรงกัน เริ่มด้วยบทนำ เนื้อหา และบทสรุป

บทความวิชาการ /บทความวิจัย

1. สาระของบทความวิจัยที่กำหนดลงตีพิมพ์ในวารสาร

1.1 เป็นบทความด้านการพยาบาล การศึกษาพยาบาล ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน 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 และข้อมูลของผู้วิจัย เรียงตามลำดับ 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 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 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 ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา และควรอ้างอิงบทความวิชาการ บทความวิจัย จากวารสารทั้งไทยและต่างประเทศ และปรับเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเป็นเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายประโยคว่า (in Thai)

6. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอที่คณะกรรมการกลั่นกรองพิจารณาตามขั้นตอนของบรรณาธิการวารสารเรียบร้อยแล้ว และท่านจะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์

7. **ถ้าผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทาง บก. ขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบกในครั้งต่อๆ ไป**

การส่งบทความ

1. บทความต้นฉบับ ส่งต้นฉบับพร้อมทั้งแจ้งชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail ของผู้เขียนที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com หรือ Line id : saisamornc

2. เมื่อได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่าบทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร จึงสามารถ Submission บทความลงในระบบได้ http://thaijo.org/index.php/JRTAN

3. ชำระค่าตีพิมพ์ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาต ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก หมายเลขบัญชี 038-7-31946-0 ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอนเงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก
E-mail : saisamorn2006@hotmail.com
Line id : saisamornc
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) ขนาด18

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ (ตัวหนา) ขนาด18

- 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
.				(ไม่ใส่ <.05)
.				

สรุปและอภิปราย (เนื้อหา).....
.....
ข้อเสนอแนะ (เนื้อหา).....
.....

เอกสารอ้างอิง

ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

- เรียงลำดับของเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่องนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย 1,2,3,.....ให้เขียนตัวเลขเหนือบรรทัด (superscript) ใส่ไว้ข้างท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- การอ้างหลายรายการอ้างอิงในที่เดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) 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
   ☐ ผ่านการตรวจสอบลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขราวิสุทธิ์หรือโปรแกรมอื่นใดที่เทียบเคียง (กรณีดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์) พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)
   ☐ (สำหรับงานวิจัย) ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคณะแล้ว (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)**
   ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ.....
(.....)
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย
วารสารพยาบาลทหารบก

.....

ชื่อ – นามสกุล .....
ที่อยู่.....
.....
.....
เบอร์โทรศัพท์ ..... **E-mail :** .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย ดังนี้

☐ **ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 5,000 บาท**

☐ **ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 7,000 บาท**

หมายเหตุ

- **ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์** เรียกเก็บเมื่อบทความของท่านได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่าบทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร และสามารถ Submission บทความลงในระบบได้
- **กรณีชำระเงินแล้ว** ไม่ว่าผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการจะออกมาเป็นเช่นใด กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

การชำระเงิน
โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาต ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก
หมายเลขบัญชี 038-7-31946-0
ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอนเงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก
รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

ลงนาม ..... ผู้สมัคร
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses
ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567
Vol.25 No.1 January - April 2024

เจ้าของ		**Ownership**
สมาคมพยาบาลทหารบก		Royal Thai Army Nurses Association
คณะที่ปรึกษากองบรรณาธิการ		**Editorial Advisors**
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	ที่ปรึกษาสภาการพยาบาล	Wichit Srisuphan,RN.,M.P.H.,Dr.P.H.
ศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สินธุ	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ	Siriorn Sindhu,RN.,M.S.,D.N.Sc.
พลตรีหญิงสมพิศ พรหมเดช	นายกสมาคมพยาบาลทหารบก	Sompis Promdet,R.N.,M.S.N.
บรรณาธิการ		**Chief Editor**
รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	สมาคมพยาบาลทหารบก	Saisamorn Chaleoykitti, R.N.,M.N.S.,Ed.D.
รองบรรณาธิการ		**Deputy of Editor**
พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี อ่อนศรี	กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร	Pranee Onsri, R.N., M.S., Ed.D.
เลขาบรรณาธิการ		**Secretary**
พันตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	Nuntikan Klinchet, R.N., M.N.S.
ผู้ช่วยเลขาบรรณาธิการ		**Secretary**
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ เหล่าชัย	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	Wiwat Laochai ,R.N., M.N.S.,Ph.D.
กองบรรณาธิการ		**Editorial Board**
ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส	University of Louisville School of Nursing, USA	Ratchneewaan Ross, R.N. M.Sc. ,Ph.D., FTNSS,FAAN
พันเอกหญิง ดร.นัยนา วงศ์สายตา	สำนักงานเลขานุการกองทัพบก	Naiyana Wongsaita, R.N.,M.N.S.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ไทยแท้	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	Suphap Thaitha,R.N.,M.S.N.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Areewan Oumtanee, R.N.,M.S.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเที๊ยะ	วิทยาลัยเซ็นหลุยส์	Jintana Artsontee, R.N.,M.S.N.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง	มหาวิทยาลัยมหิดล	Supreeda Monkong, R.N.,M.S.N.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	Thipkhumporn Keskomon, R.N.,M.S.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Narisa Wongpanarak, R.N.,M.N.S.,Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติญาณ์ ศรเกษตริน	สถาบันพระบรมราชชนก	Atiya Sarakshetrin, R.N.,M.N.S.,Ed..D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีราภรณ์ กรรมบุตร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	Jeeraporn Kummabutr, R.N.,M.Sc.,Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชรัตน์ มังคละคีรี	มหาวิทยาลัยนครพนม	Nutcharat Mongkara, R.N.,M.S.,Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย	Temduang Boonpiamsak, R.N.,M.S.N.,Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	Kanjana Srisawat, R.N.,M.N.S.,Ph.D.
พันโทหญิง ดร.มันทนา เกวียนสูงเนิน	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Mantana Kweansung, R.N.,M.A..,Ph.D.
ดร.เฉลิมวุฒิ อุทัยกัน	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ	Chalermwut Uthaikun, B.Ed, M.A., Ph.D.
ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	Kitsanaporn Tipkanjanaraykha,R.N.,M.N.S.,Ph.D.,AGAPN
ดร.วีรยุทธ ศรีทุมสุข	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี	Werayauth Srithumsuk, R.N.,M.Sc.,Ph.D.
ฝ่ายจัดการ		**Management Team**
ร้อยโทหญิงสุชาดา ศรีโยธี	วิทยาลัยพยาบากองทัพบก	Suchada Sriyothee, R.N.
ร้อยโทหญิงพรปวีณ์ ยังปักษี	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Pornpavee Yongpaksri, R.N.
ร้อยโทหญิงพรไพลิน หนูทิม	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Pornpailin nootim, R.N.

บทความหรือข้อคิดใดๆ ที่ปรากฏในวารสารพยาบาลทหารบก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน ซึ่งบรรณาธิการหรือสมาคมพยาบาลทหารบก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
The ideas and opinions expressed in the Journal of The Royal Thai Army Nurses are those of the authors and not necessarily those of the editor or Royal Thai Army Nurses Association