



วารสารพยาบาลทหารบก

Journal of The Royal Thai Army Nurses

ISSN 2985-1041 (Online)

ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 Vol.25 No.2 May - August 2024

<http://www.tci-thaijo.org>

/index.php/JRTAN

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ



บทความวิชาการ

- ❖ ประยุกต์ใช้แนวคิดสึนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก
โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษ พุทธชาติ เอี่ยมสอาด พรรณพิไล เทียมถ้อย
วีไล นาปา
- ❖ บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยบาดเจ็บรายครึ่งส่วนล่าง จุฑามาศ พันธดี อมรรัตน์ พูลเกตุ
ปรางทิพย์ ฉายพุทธ
ทิพวรรณ แก้วทินกร
- ❖ การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบต้อยา ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ใด นัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง สุกัญญา คำนวน
ธารทิพย์ สุวัฒนานนท์กิจ วิชชุดา ฤทธิ์สำเร็จ
- ❖ การป้องกันสำลีสและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร: การพัฒนาความเสี่ยงในห้องคลอด ธิญสุดา บุญแย้ม
ภิชญาภา วิสสระ
ธวัชชัย มั่นคงศรีสุข
- ❖ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้าภายใต้การระงับความรู้สึก
- ❖ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท ที่ได้รับการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย

บทความวิจัย

- ❖ ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภัทริยา สวัสดิ์ สารรัตน์ วุฒิอาภา รังสิมันต์ สุนทรไชยา
ลลิตา เดชาวุธ ดาราวรรณ รองเมือง
- ❖ สถานการณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์ จีราพร ทองดี
ชญานุส เชื้อมั่งกั่ง กิตติภูมิ ภิญโญ
- ❖ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบ
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบลห้วยเหนือ อำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ ธิพพรณ นาคบุผา นิตยา ทองมา
จินตนา ทองเพชร อดิยาณั ศรีเกษตริน วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก
กิตติยาภรณ์ พันวิไล สติยศ พันวิไล
- ❖ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่อยู่ในระบบการศึกษาของจังหวัดเพชรบุรี รัตติพร อัครวงศาพัฒน์ ชีพาคม ภาภัทรลาด นวีวรรณ สระสงค์
ดวงพร แสงสุวรรณ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล
- ❖ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)
ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในมุมมองทางการพยาบาล กนกวรรณ ไชยลาภ นันทวัน สุวรรณรูป
เบญจวรรณ หารัญดา กิตติภูมิ ภิญโญ
- ❖ ความชุกของการใช้เมดแอมเฟตามีนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี รัตนเพ็ญพร ศิริวัลลภ อมรรัตน์ ผลาสศรี
- ❖ ปัจจัยทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ฤศกณ เทพอินทร์ เสน่ห์ ขุนแก้วกันตวิญญู จุฬารัตน์
พัชรินทร์ วงษ์สว่าง
- ❖ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อความรู้
ทัศนคติและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุษยมาศ กันเกตุ จุฑารัตน์ มีสุขโช ศรีมนา นิยมคำ
- ❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร ต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พัทธราภรณ์ สิงห์บุราณ กิตติภูมิ ภิญโญ
- ❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง
และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี ศุภกิจ เครือกลัด ชมนาด วรณพรศิริ
ปวิมล มหายศนันท์ วิภาดา ผ่องจิต
- ❖ ผลของสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของเด็กและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภค
และกิจกรรมทางกายในเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จันทน์ นิลพัฒน์ กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
เนตรชนก ศรีทุมมา
- ❖ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต ตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พัทธราภรณ์ สิงห์บุราณ กิตติภูมิ ภิญโญ
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม สุพรรณิ เอ้าขุน ครินรัตน์ ศรีประสงค์ วัลย์ลดา ฉันทเรืองวนิชย์
- ❖ ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสัณต่อระยะเวลารอคอย
และคุณภาพบริการในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติภูมิแห่งหนึ่ง
- ❖ ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ศิริรัฐ โนนใหญ่ รังสิมันต์ สุนทรไชยา สารรัตน์ วุฒิอาภา
- ❖ ปัจจัยทำนายความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุ ณ ห้องฉุกเฉิน สุพรรณิ เอ้าขุน ครินรัตน์ ศรีประสงค์ วัลย์ลดา ฉันทเรืองวนิชย์

❖ ผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อจัดการการดูแลเด็กโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	นันทวี ไชหาญ อารี ชิวเกษมสุข กชกร เจริญ
❖ อิทธิพลของความรู้และการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร	รัฐกานต์ ข้าเขียว ศนิกันต์ ศรีมณี ปรมัตต์ กิจจานุกิจวัฒนา
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน ของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง	โกวิทย์ แท่งทอง มิ่งขวัญ ศิริโชติ
❖ อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์และสัมพันธ์ภาพในทีมการพยาบาล ต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	วนิดา ภาณุตานนท์ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เรณูการ์ ทองคำรอด
❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้สูงอายุนในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	กัญจน์ฉัตร ณรงค์วิทย์ รักชนก คชไกร จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์
❖ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของบุคลากรด้านสาธารณสุขในสังกัดกองทัพอากาศ	ปรมัตต์ กัลยาภูมิพงศ์ สรinya เสงพะพรม
❖ บทบาทหน้าที่ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกล	ปานิศา บุญยรัตกลิน ศรารินทร์ พิทยะพงษ์ สุภาพร เพ็งโนนยาง ศตพร แวควลัยหงษ์
❖ ประสิทธิภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จุฑาทิพย์ คະชะวะโร อารีย์วรรณ อ่วมธานี เสรี สังขโชติ มิ่งขวัญ ศิริโชติ
❖ การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ	
❖ การเสริมสร้างเจตคตินักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลผู้สูงอายุในบ้านการณีย์ เทพส่องแสง อุษณีย์ เทพวรชัย รัชณี หาญสมสกุล	
❖ การพัฒนาหลักสูตรจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ใหญ่อ่อนด้อย กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล	สมจิต พุกกะธิตานนท์
❖ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา นฤมล จันทระเกษม ธนพล บรรดาศักดิ์
❖ การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักพื้น	ขวัญชนก ยศคำลือ อาจารย์ พรหมรัตน์ ศตวรรษ อุดรศาสตร์
❖ ผลของโปรแกรมทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนต่อการควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ในเด็กที่มีภาวะเสี่ยงติดเกมออนไลน์	ธัญวิทย์ นิลพูน สุภารัตน์ วังศรีคุณ นัทธมน วุฒานนท์ วรรณวิภา หุสสุกุล
❖ การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการมอบหมายงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชน	จุฑามาศ แทนจอน วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ เสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
❖ การพัฒนาศักยภาพและจัดทำนวัตกรรมดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	พัชรภรณ์ท ไชยสังข์ อนุสรณ์ แน่นอุดร ยชญ์วินทร์ จรบุญมัย รัชพร ใช้รูปทอง
❖ ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุไวยาวัจกรระยะที่ 3	กรรณิมา ผาละมี อรุณา แก้วเกิด ไพฑูรย์ วุฒิส
❖ ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	พัชรพล ภูพิทยา ศรวิทย์ โอสถศิลป์
❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ดูแลหลักตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก	ณัฐธิดา สร้อยเพชร กมลทิพย์ ใจมาคำ เพชรีย์ ภูมาละสิริ
❖ ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	กรรณิกา จันทศิลป์
❖ ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมปกป้องตนเองทางสังคมและสุขภาพ ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	อินทิพร ปักเคเต สุกัญญา แก่นงูเหลื่อม นันทนัส แวกระโทก อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล
❖ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น	จักรกฤษ ปิจดิ ภิภากร สอนสนาม มันทาวดี เมธาพัฒนะ ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์
❖ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยง และความปลอดภัยของผู้คลอลสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	สุภาภรณ์ โต๊ะขอ สุทธิ หนองอาฮี สิริลักษณ์ วงษานาว์ ทิพย์ภาณี คัมเพชร นันทนัส สุพล
❖ ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเชียงราย	วิศรดา ปองทอง นฤมล เอื้อมณีกุล อาภาพร เผ่าวัฒนา
❖ การศึกษาความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ	กรรณ วังชัยนหลาย แก้วดา กิจกาแหง อภิญญา รอดรักษ์
❖ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลต่อความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดผลกดทับ	ชัมัยพร เชื้อนแก้ว ศุภวรรณ ใจบุญ ดวงรัตน์ กวินันท์ชัย
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง	พรทิพย์ สีนประเสริฐ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ นารีรัตน์ จิตรมณตรี สุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์
❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน	วรรณภา ฉายอรุณ ทรงเดช ประเสริฐศรี มนพร ขาดิขานี
❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในผู้ป่วยที่มีปัญหา การทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี	พิศุทธิ์ พลชนะ จารุวรรณ สอนงาติ เรวดี โพธิ์รัง ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์
❖ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม สมจิตร์ ยอดระบำ อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง จิตภา ยอดระบำ นิชนันท์ ทองพันธ์	ปานดวงใจ ไทยดำรงเดช อภิสร่า จังพานิช
❖ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร	นพัตถ พุกขานันตกุล สุดคะนีง ดารานิชร
❖ การเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา	พัชรพร จันทพราหมณ์
	สายฝน เอกวรารุง นัยนา หนูนิล รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ

ประชาสัมพันธ์/ข่าว

- ❖ คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและส่งบทความตีพิมพ์วารสารพยาบาลทหารบก
- ❖ ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลทหารบก
- ❖ การ Submission บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก ขั้นตอนการส่งบทความเข้าสู่วารสารพยาบาลทหารบก



วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 Vol.25 No.2 May - August 2024

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

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI, สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ



วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารวิชาการทางการแพทย์ การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความแบบ double-blinded

วารสารพยาบาลทหารบก มีวัตถุประสงค์ (Aims) :

1. เผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ และการศึกษาพยาบาล ทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการแพทย์ และการศึกษาพยาบาล ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพทั้งในและนอกสมาคมพยาบาลทหารบก
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาล และนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ
5. เพื่อรายงานการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลทหารบก

ขอบเขต (Scope) :

สาระในวารสารพยาบาลทหารบก บทความวิชาการ บทความวิจัย บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออกวารสารพยาบาลทหารบก

ราย 4 เดือน กำหนดออกวารสารปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

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

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

พิมพ์ที่: บริษัท ไทยภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด

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

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

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

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลทหารบก วารสารพยาบาลพยาบาลทหารบก ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567 ISSN 2985-1041 (Online) ท่านสามารถอ่านได้ทุกหน้า บทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาเข้มข้นและหลากหลายและได้รับการพิจารณา กลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blinded) วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Health Sciences)

บทความวิชาการ ได้แก่ ประยุกต์ใช้แนวคิดใหม่เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษ บทความพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยบาดเจ็บรายคอส่วนล่าง การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบต้อยาที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ใด การป้องกันสลิและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร: การพัฒนาความเสี่ยงในห้องคลอด บทความพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้าภายใต้การระงับความรู้สึก การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาทที่ได้รับการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย

บทความวิจัย ได้แก่ ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถานการณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบลห้วยเหนือ อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่อยู่ในระบบการศึกษาของจังหวัดเพชรบุรี ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในมุมมองทางการแพทย์ ความสุขของการใช้เมดแอมเฟตามีนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี ปัจจัยทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิทยาลัยพยาบาลศสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อความรู้ ทักษะและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร ต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตรเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอปากท่อ จังหวัดอุดรธานี ผลของสมรรถนะแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของเด็กและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกายในเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเชื่อมโยงต่อ ตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาสังคม ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสืบต่อระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการในคลินิกโรคไตแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตัญญูแห่งหนึ่ง ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปัจจัยทำนายความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุ ณ ห้องฉุกเฉิน ผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อิทธิพลของความรู้และการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลและสัมพันธ์ภายในทีมการพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลและสัมพันธ์ภายในทีมการพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของบุคลากรด้านสาธารณสุขในสังกัดกองทัพอากาศ บทความหนึ่งที่ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แยกกันตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกล ประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การตัดสินใจเข้ารับการรักษาตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ การเสริมสร้างเจตคตินักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน การพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ใหญ่วัยต้นต้นกลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องฟักพื้น ผลของโปรแกรมทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนต่อการควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ในเด็กที่มีภาวะเสี่ยงติดเกมออนไลน์ การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการมอบหมายงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาศักยภาพและจัดทำนวัตกรรมดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธีระยะที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ดูแลหลักตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเชียงราย การศึกษาความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลต่อความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาดูเลือนราง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ห่อผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร การเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณาถ้อยแถลงบทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนามาตรฐานให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนามาตรฐานไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เกลยภักดี

บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

ประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษ

พุทชชาติ เอี่ยมสอาด พรณพิไล เทียมถ้อย

วิไล นานา

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยบาดเจ็บรายกระดูกส่วนล่าง

จุฑามาศ พันธุ์ดี อมรรัตน์ พูลเกตุ

ปรางทิพย์ ฉายพุทธ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยา ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต

ทิพวรรณ แก้วทินกร

การป้องกันสำลีและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร: การพัฒนาความเสี่ยงในห้องคลอด

นัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง สุกัญญา คำนวน

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้าภายใต้การระงับความรู้สึก

ธารทิพย์ สุวัฒนนานนท์กิจ วิชชุดา ฤทธิสำราญ

ธัญสุดา บุญเยี่ยม

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท ที่ได้รับการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย

ภิษญาภา วัชรสระ ธวัชชัย มั่นคงศรีสุข

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ภัทริยา สวัสดิ์ สารรัตน์ วุฒิอาภา

รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สถานการณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

ลลิตา เดชาวุธ ดาราวรรณ รองเมือง

ภัทร์พงศ์ อุดมพัฒน์ จีราพร ทองดี

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบลห้วยเหนือ อำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ

ชญานนุส เขี่ยมกั้ง กิตติภูมิ ภิญโญ

ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่อยู่ในระบบการศึกษาของจังหวัดเพชรบุรี

รพีพรรณ นาคบุบผา นิตยา ทองมา

จินตนา ทองเพชร อติญาณ ศรีเกษตริน

วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก

Contents

Chief Editorial

- 1 Apply Lean Concepts to Develop A Care System for Patients Undergoing Robot-Assisted Prostate Cancer Surgery in A Special Clinic

Puthachart Iamsa-ard Panpilai Tiamtoy

Wilai Napa

- 10 Nurse's Role in Preventing Deep Vein Thrombosis-related Complications in Patients with Lower Extremity Injury

Jutamart Pundee Amonrut Poonkate

Prangtip Chayaput

- 17 Nursing Care of Patients with Resistant Hypertension after Renal Denervation

Thippawan Kaewtinnakorn

- 25 Prevention of Retained Vaginal Swabs After Childbirth: Development of a Risk Management System in the Delivery Room

Nutty Pornmalairungruang Sukunya Kumnuan

- 31 The Role of Nurses in Caring for Patients Undergoing Magnetic Resonance Imaging (MRI) under Anesthesia

Tarntip Suwatananonthakij Witchuda Ritsamrej

Tansuta Boonyam

- 39 Nursing Care of Children with Neurogenic Bladder Undergoing Video-Urodynamics Study

Pitchayapa Vassara Thawatchai Mankongsrisuk

- 47 The Effect of a Self-Regulation Program on Medication Adherence in Patients with Major Depressive Disorders

Phattariya Sawatdi Sararud Vuthiarpa

Rangsiman Soonthornchaiya

- 55 The Situation of Social Participation and Social Networks among the Elderly

Latita Dechavoot Daravan Rongmuang

Patpong Udompat Jeraporn Tongdee

- 65 Effects of Self-Management Supporting Programs on Knowledge and Behavioral Prevention of Exacerbations in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Huai Nuea Subdistrict, Khukhan District Sisaket Province

Chayathanus Siamkang Kittiphoom Phinyo

- 75 Sexual Health Literacy among Female Adolescent Students in the Educational System, Phetchaburi Province

Rapeepan Narkbubpha Nittaya Thongma

Jintana Tongpeth Atiya Sarakshetrin

Wirot Chinglek

สารบัญ

Contents

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในมุมมองทางพยาบาล

กิตติยาภรณ์ พันวิไล สติธย์ พันวิไล

รติกร อัครวงศาพัฒน์ ชีพาคม ภาภักธาตล

ฉวีวรรณ สระสงค์

ความชุกของการใช้เมตแอมเฟตามีนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี

ดวงพร แสงสุวรรณ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล

ปัจจัยทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัคราขุมารี ราชนวิทยาลัยจุฬารักษ์

กนกวรรณ ไชยลาภ นันทวัน สุวรรณรูป

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อความรู้ ทักษะและการทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เบญจวรรณ หารัญดา กิตติภูมิ ภิญโย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร ต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

รัตนเพ็ญพร ศิริวัลลภ อมรรัตน์ ผละศรี

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี

กฤตภณ เทพอินทร์ เสน่ห์ ขุนแก้ว

กันตวิญญู จูเปรมปรี พชรินทร์ วงษ์สว่าง

ผลของสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของเด็กและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกายในเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

บุษยมาศ กันเกตุ จุฑารัตน์ มีสุขโช

ศรีมนา นิยมคำ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต ตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

พัชรภรณ์ สิงห์บุราณ กิตติภูมิ ภิญโย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ศุภกิจ เครือกลัด ชมนาด วรรณพรศิริ

ปวิมล มหายศนันท์ วิภาดา ผ่องจิต

83 Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients in Vajira Hospital in Nursing Perspective

Kittiyaphorn Panvilai Sathit Panvilai

Radeekorn Akkarawongsapat

Cheepakhom Papattaradol Chaweevon Srasong

92 Prevalence of Methamphetamine Use and Health Promotion Behaviors among Pregnant Women at Antenatal Clinic of the Subdistrict Health Promotion Hospital in Mueang Udonthani District

Duangporn Saengsuwan Soiy Anusornteerakul

101 Factors Predicting the 21st Century Competencies of Nursing Students Among COVID-19 Situation Princess Agrarajakumari College of Nursing Chulabhorn

Kanokwan Chailarp Nuntawon Suwonnaroop

112 Effects of The Empowerment Program on Knowledge, Attitude and Skills of Caregivers in Caring for Dependent Older Adults

Benjawan Haranda Kittiphoom Phinyo

121 Effects of Food Consumption Promotion Program on Knowledge and Food Consumption Behavior and Blood Sugar Levels in Women with Gestational Diabetes Mellitus

Rattanapenporn Siriwallop Amornrat Phalasri

131 The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Self-care Behaviors and Clinical Outcomes among Diabetes and Hypertension Patients with Chronic Kidney Disease Stage III, Faktha District Uttaradit Province

Kritsapon Thepin Saneh Khunkaew

Kantawit Jooprempreet Patcharin Wongsawang

140 Effects of a Smartphone Application for Children and Family Self-Management on Eating and Physical Activity Behaviors Among Overweight Late School-Aged Children

Busayamad Kankad Jutarat Mesukko

Srimana Niyomkar

149 The Effect of A Self-Management Support Program on Dietary Knowledge and Behavior of Type 2 Diabetic Patients with Chronic Kidney Disease Nontan Subdistrict, Nongrua District, Khonkaen Province

Phatcharaphorn Singburan Kittiphoom Phinyo

159 Factors Related to Emotional Intelligence of Nursing Students Pibulsongkram Rajabhat University

Suphakit Krueaklat Chommanard Wannapornsiri

Pavimon Mahayosanan Wipada Pongjit

สารบัญ

Contents

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนต่อระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง	168	The Effects of Lean Management Program on Waiting Time and Service Quality at the Out-Patient Nephrology Clinic in a Tertiary Hospital
จันทนี นิลพัฒน์ กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร		Jantanee Nilphat Kannikar Chatdokmaiprai
เนตรชนก ศรีทุมมา		Netchanok Sritoomma
ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	178	Predictive Factors of Resilience among Older Adults with Major Depressive Disorder During Covid-19 Pandemic
ศิริรัฐ โนนใหญ่ รังสิมันต์ สุนทรไชยา		Sirirat Nonyai Rangsiman Soonthornchaiya
สารรัตน์ วุฒิอาภา		Sararat Vuthiarpa
ปัจจัยทำนายความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุ ณ ห้องฉุกเฉิน	186	Factors Predicting the Accuracy of Triage in Elderly Patients at Emergency Department
สุพรรณิ เอ้าขุน ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์		Suphunnee Haowchun Sarinrut Sriprasong
วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์		Wallada Chanruangvanich
ผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	195	Effect of Using a Mobile Application for the Care Management of Children with Allergic Rhinitis in Sunpasitthiprasong Hospital
นันทวดี ไจหาญ อารี ชิวเกษมสุข		Nantawadee Jaihar Aree Cheevakasemsook
กชกร เจตินัย		Kotchakorn Jetinai2
อิทธิพลของความรู้และการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร	204	The influence of Knowledge and Self-regulation on Prevention Behavior of Foot Complications in Patients with Type II Diabetes Live in the Urban Community of Bangkok Metropolitan
รัฐกานต์ ขำเขียว ศนิกันต์ ศรีมณี		Ruttakarn Kamkhiew Sanikan Seemanee
ปรมัตถ์ กิจจานุกิจวัฒนา		Poramat Kitchanukitwattana
ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง	212	The Relationship between Motivation and Core Performance Competencies of Public Health Officers at Primary Care Units in Trang Province
โกวิทย์ แท่งทอง มิ่งขวัญ ศิริโชติ		Gowit Tangtong Mingkwan Sirichote
อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลและสัมพันธ์ภาพในทีมการพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	221	Effect of Strategic Leadership among Nursing Executives and Relationships Among Nursing Team on Safety Cultures in the New Normal Era at Kalasin Hospital
วนิดา ปาวาปootานนท์ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย		Wanida Pawapootanon Premruetai Noimuenwai
เรณูการ์ ทองคำรอด		Renukar Thongkhamrod
ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	231	The Effectiveness of Self- Care Education Program for Elderly Using Thai Wisdom in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province
กัญจน์ฉัตร ณรงค์วิทย์ รักชนก คชไกร		Kanchat Narongvit Ruchanok Koshakri
จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์		Juntima Rerlurnrit
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของบุคลากรด้านสาธารณสุขในสังกัดกองทัพอากาศ	241	Health Literacy in Disease Prevention and Control among Health Workers in Royal Thai Air Force
ปรมัตถ์ กัลยาวุฒิพงศ์ สรinya เฮงพระพรหม		Poramat Kalyawuttipong Sarunya Hengpraprom

สารบัญ

Contents

บทบาทหน้าที่ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แยกกักตัวที่บ้าน
ด้วยการบริการสุขภาพทางไกล

ปาณิสรา บุญยรัตกลิน ศรารินทร์ พิทยะพงษ์

สุภาพร เพ็งโนนยาง ศตพร แววคล้ายหงษ์

ประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
จุฬาทิพย์ คชะชะวะโร อารียวรรณ อ่วมตานี

รตัดสินใจเข้ารับการรักษาตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของ
ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ

เสรี สังข์โชติ มิ่งขวัญ ศิริโชติ

การเสริมสร้างเจตคตินักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน

ภารณ์ เทพส่องแสง อุษณีย์ เทพวรชัย

รัชณี หาญสมสกุล

การพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของ
ครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล

สมจิต พฤกษ์รัตนานนท์ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์

ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความ
ผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นฤมล จันทระเกษม ธนพล บรรดาศักดิ์

ขวัญชนก ยศคำลือ อาจารีย์ พรหมรัตน์

ศตวรรษ อุตสาหกรรม

การพัฒนาและ การใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูล
ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น

ธัญวิทย์ นิลพุ่ม สุภารัตน์ วังศรีคุณ

นัทธมน วุฒานนท์

ผลของโปรแกรมทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนต่อการ
ควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ในเด็กที่มีภาวะเสี่ยงติดเกม
ออนไลน์

วรรณวิภา หรัสกุล จุฑามาศ แหนจอน

วรกร ทรัพย์วิระพรรณ

การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการมอบหมายงานของผู้บริหารการ
พยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชน

เสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

251 The Role, Problems, Obstacles and Needs in Caring
COVID-19 Patients with Home Isolation by Using the
Telehealth

Panisa Boonyaratkalin Sararin Pitthayapong

Supabhorn Pengnonyang Sataporn Waewklaihong

261 Lived Experiences of Professional Nurses Infected with
Coronavirus 2019

Juthatip Kachawaro Areewan Oumtanee

270 Citizens Decision to Undergo Colorectal cancer Screening.
in The Area of Responsibility Bang Pu Mai Subdistrict
Health Promoting Hospital, Samut Prakan Province

Seree Sungkachote Mingkwan Sirichote

282 The Enhancement of Attitudes among High School
Students in Caring for the Elderly at Home in Pathumthani
Province

Paranee Thapsongsang Utsanee Tepvorachai

Rachanee Harnsomskul

290 The Development of Psychological Strategies for Enhancing
Psychological Immunity of Early Adulthood Families,
Central Perimeter Provincial Cluster

Somjit Prueksaritanond Pongpan Kirdpitak

Prasan Malakul Na Ayudhaya

302 Effects of the Mental Health Literacy Enhancing Program
on Psychological Well-being and Quality of Life among
Elderly

Narumol Jangasem Thanapol Bundasak

Kwanchanok Yotkhamlue Arjaree Prommarut

Sattawas Udonsat

311 Development and Implementation of a Postoperative
Patient Handoff Guideline in a Postoperative Anesthesia
Care Unit

Thanyawit Ninlaphut Suparat Wangsrikhun

Nuttamon Vuttanon

321 The Effects of Virtual Reality-Choice Theory Program on
Self-Control and Online Game Addiction Among Children
Diagnosed with Risk of Online Game Addiction

Wanwipa Hroosakol Juthamas Haenjohn

Warankorn Supwirapakorn

330 Tool Development for Delegation for First-line Nurse
Managers in Community Hospitals

Saovaluck Sub-a-phorn Phechnoy Singchungchai

สารบัญ

Contents

การพัฒนาศักยภาพและจัดทำนวัตกรรมดูแลประชาชนใน สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัชรภณท์ ไชยสังข์ อนุสรณ์ แนนอุดร ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์ รัชพร ใช้รูปทอง	339	The Potential Development and Innovation in Taking Care of The People in The Coronavirus Disease 2019 Pandemic Phatcharaphan Chaiyasung Yodrawin Jornburom Anusorn Nanudorn Rutshaporn Chaitoopthong
ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุ ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 กรรธิดา ฝารมี อรอุมา แก้วเกิด ไพฑูรย์ วุฒิโส	348	The Effect of Empowerment Program on Quality of Life in Older Adults with Stage 3 Chronic Kidney Disease Kanthima faramee Onuma Kaewkerd Paitoon Wuttiso
ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พัชรพล ภูพิทยา ศรวิทย์ โอสโสศิลป์	357	Quality of Life Level and Factors Associated with Quality of Life in Healthcare Personnel in Nopparat Rajathanee Hospital Pacharapon Poopitaya Sornwit Osothsinp
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ดูแล หลักตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ณัฐธิดา ศรีอยเพ็ชร กมลทิพย์ ใจมาคำ เพชรีย์ กุณาละสิริ	367	The Effects of Promote Early Childhood Development Program for Main Caregiver in Jomtong Sub District, Mueang District in Phitsanulok Province Nutchu Soiphet Kamontip Chaimakham Petcharee Kunalasiri
ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การ ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ภรรวษา จันทศิลป์ อินทิพร ปักเคเต สุกัญญา แก่นงูเหลือม นันนภัส แวกระโทก	376	Factors Affecting Mental Health of Pregnant Women in the Situation of the COVID-19 Pandemic, Muang District, Nakhon Ratchasima Province Bhanwasa Jantasin Intiporn Pakkete Sukanya kanngooluem Nannaphat Waeokrathok
ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ ทิพย์ขัมพร เกษโกมล	384	Causal Factors Affecting Social and Health Protection Behaviors of Female Students in the Junior High Schools Aphisit Tamsat Thipkhumporn Keskomon
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่อง ทางการมองเห็น จักรกฤษ ปิจติ วิภากร สอนสนาม มันทนาวดี เมธาพัฒนะ ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์	393	Predictive Factors of Sexual Risk Behaviors among Adolescents with Visual Impairment Chakkrich Pidjadee Wipakon Sonsnam Muntanavadee Maytapattana Natthanya Prasitsart
การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยง และความปลอดภัยของผู้คลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา สุภาภรณ์ โต๊ะซอ สุทธิ หนองอาหลี่ สิริลักษณ์ วงษานาวี ทิพย์พาณี คุ่มเพชร นันทน์ภัส สุพล	402	Developing a Learning Promotion Program for Risk Management and Maternal Safety for Nursing Students of St. Teresa International University Supaporn Tohsaw Suree Nungalee Siriluk Wongsanao Thipphanee Khumpet Nannapat Supol
ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความ ตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเชียงราย วรศรา ปองทอง นฤมล เอี่ยมณีกุล อาภาพร เฝ้าวัฒนา	411	Effects of a Theory of The Planned Behavior-Based Program for Intention Not to Drink Alcohol Among Secondary School Female Students in Chiang Rai Province Warisara Pongthong Naruemon Auemaneekul Araporn Powwattana

สารบัญ

Contents

การศึกษาความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ

กรุณา วงษ์เทียนหลาย แก้วตา กิจกำแหง

อภิญญา รอดรักษ์

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลต่อความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

ชมัยพร เชื้อนแก้ว ศุภวรรณ ใจบุญ

ดวงรัตน์ กวินนันทชัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง

พรทิพย์ สีนประเสริฐ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

นาริรัตน์ จิตรมนต์รี สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน

วรรณภา ฉายอรุณ ทรงเดช ประเสริฐศรี

มนพร ชาติธานี

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี

พิศิษฐ์ พลชนะ จารุวรรณ สอนงญาดี

เรวดี โพธิ์รัง ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์

การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ห่อผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม

สมจิตร์ ยอดระบำ อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง

จิตาภา ยอดระบำ นิชนันท์ ทองพันธ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

ปานดวงใจ ไทยดำรงเดช อภิสรา จังพานิช

นพัตธร พฤษานันตกุล

สุดคะนึง ดารานิช

การเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช

พัชรพร จันทพราหมณ์ สายฝน เอกวารังกูร

นัยนา หนูนิล รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ

420 The study of anxiety among Students of Underwater Medicine Naval Medical Department

Karuna Wongtienlai Kaewta Kitkamhang

Apinya Rodrux

430 The Effects of an Enhancing Self-Efficacy Program of Caregivers on Knowledge and Caring Capabilities for Patients at Risk of Pressure Ulcers

Chamaiporn Khueankaew Supawan Jaiboon

Duangrat Kaveenuntachai

440 The Relationship between Social Support, Anxiety, Adaptation, and Life Quality of The Elderly People with Low Vision

Porntip Sinprasert Virapun Wirojratana

Narirat Jitramontree Suchada Pattaramongkolrit

449 Developing Seamless End-Stage Cancer Patient Care Models in the Community

Wanna Chaiaroon Thongdech Prasertsri

Manaporn Chatchumni

459 Effectiveness of a Self-Care Promotion Program Using Wireless Technology for Patients with Pulmonary Dysfunction due to COVID-19 Infection During Home Rehabilitation, Suphanburi Province

Pisit Poltana Jaruwan Sanongyard

Rewadee Phorang Khunruethai Thammakijpirote

469 Development of Nursing Care Model for Open Heart Surgery Patients in Surgical intensive care

Somjit Yodrabum Arunrat Yotinwattanabumrung

Jidapa Yodrabum Nitchanan Thongpun

478 Factors Predicting Colorectal Cancer Screening Behaviors among Thai People in Bangkok

Pamduangjai Thaidumrongdet Apisara Jangpanich

Naphatthorn Prueksaanantakal

Sudkanung Daranisorn

487 Preparation for Surveillance and Prevention the Covid-19 Pandemic of Elementary School, Nakhon Si Thammarat Province

Patcharaporn Juntapram Saifon Aekwarangkoon

Naiyana Noonil Rachadaporn Jantasuan

ประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษ

Apply Lean Concepts to Develop A Care System for Patients Undergoing Robot-Assisted Prostate Cancer Surgery in A Special Clinic

พุทธรชาติ เอี่ยมสอาด* พรรณพิไล เทียมถ้อย วิล นานา

Puthachart Iamsa-ard* Panpilai Tiamtoy Wilai Napa

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารการพยาบาล โดยสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และนโยบายของโรงพยาบาลที่มุ่งพัฒนาการบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ ในปี 2563 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เริ่มโครงการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากโดยใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษนอกเวลา จากการปฏิบัติงานพบปัญหาหลายประการเนื่องจากระบบการทำงานที่ไม่ชัดเจน จึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดลีน ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาระบบคือ 1) พยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ 2) ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อนได้ 11 กิจกรรม 3) ลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานได้ 250 นาที 4) ผู้ป่วยและญาติดูแลสายสวนปัสสาวะและทำความสะอาดแผลได้ถูกต้องร้อยละ 100 5) ลดค่าใช้จ่ายประมาณ 25,000 - 30,000 บาทต่อราย 6) ลดวันนอนโรงพยาบาลเหลือ 3-4 วัน 7) เพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 100

คำสำคัญ: พัฒนาระบบบริการพยาบาล, การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด, แนวคิดลีน

Abstract

Developing the nursing service system is an essential role of nursing administrators. Following the vision and hospital policies to develop excellent nursing services in 2020, the Faculty of Medicine at Ramathibodi Hospital started a project to perform robot-assisted surgery on prostate cancer patients in a special clinic. While working, nurses found many problems relating to unclear working systems. Therefore, we developed a patient caring system by applying the Lean concept. Resulting in 1) nurses systematized 3) reducing work time by 250 minutes, 4) patients and relatives taking care of the urinary catheter and cleaning the wound correctly 100 percent, 5) reduce costs by approximately 25,000-30,000 baht per patient, 6) reduce hospital stays to 3-4 days, and 7) increasing patients satisfaction and nursing staff at the highest level, 100 percent.

Keyword: develop nursing service system, robot-assisted surgery for prostate cancer, lean concepts

Corresponding author: *E-mail: Koontim. i @gmail. com

วันที่รับ (received) 13 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 มี.ค. 2567

บทนำ

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารการพยาบาล ที่ต้องพัฒนาระบบบริการใหม่ให้ทันสมัยเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และนโยบายของโรงพยาบาลที่มุ่งพัฒนาการบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการพยาบาล¹ ในปี 2554 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้เริ่มการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในเวลาเช้า โดยข้อมูลสถิติพบว่าจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2561-2565 มีดังนี้ ปี 2561 จำนวน 108 คน ปี 2562 จำนวน 156 คน ปี 2563 จำนวน 172 คน ปี 2564 จำนวน 212 คนและปี 2565 จำนวน 252 คน จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกปี และในปี 2563 โรงพยาบาลรามาธิบดีมีโครงการ Robot Premium คลินิกพิเศษนอกเวลา เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยที่รอผ่าตัดได้เข้ารับการผ่าตัดเร็วขึ้นและผู้ป่วยที่ต้องการใช้บริการที่หอผู้ป่วยพิเศษ เดิมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแพทย์จะให้นอนโรงพยาบาลล่วงหน้า 1 วันก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้นเวลาเช้า แต่โครงการนี้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในช่วงเช้าและได้รับการผ่าตัดตั้งแต่เวลา 16.00 น. เป็นต้นไป เมื่อทราบว่าจะได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกกลัวและวิตกกังวล^{2,3} เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวไม่ฟื้นและกลัวภาวะที่ไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัด^{4,5} เช่น กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สมรรถภาพทางเพศลดลง เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด ระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวต่าง ๆ และเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีทักษะในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง⁶ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกัน^{5,6} เช่น ภาวะถุงลมโปดพ ท้องอืดมาก เส้นเลือดดำที่ขาอุดตัน เป็นต้น

จากการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พบปัญหาหลัก แบ่งเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ ดังนี้ 1. ด้านผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดไม่ครบถ้วน เนื่องจากเวลาที่จำกัดส่งผลให้วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่สามารถป้องกันได้ เช่น ภาวะถุงลมโปดพ ท้องอืดมาก เป็นต้น ส่งผลให้การฟื้นตัวช้า เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อต้องอาศัยสวนปัสสาวะกลับบ้านจึงไม่ยอมจำหน่าย ส่งผลให้วันนอนโรงพยาบาลนานประมาณ 7-10 วัน จำนวนเตียงไม่หมุนเวียน 2. ด้านพยาบาล ได้แก่ 1) พยาบาลมีสมรรถนะที่แตกต่างกัน มีข้อจำกัดด้านเวลา ส่งผลต่อการให้ความรู้ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน 2) พยาบาลมีความวิตกกังวล กลัวทำงานไม่ครบถ้วนก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เนื่องจากเวลาที่จำกัดแต่มีภาระงานมาก 3) มีการทำงานที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน 3. ด้านหน่วยงาน ได้แก่ 1) หน่วยงานไม่มีระบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากปัญหาที่เกิดขึ้นผู้เขียนและทีมผู้บริหารจึงได้ร่วมกันพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดลีน (Lean Concepts) เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานการพยาบาล

การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก⁴ หมายถึง การผ่าตัดที่ศัลยแพทย์จะนำเอาต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (Radical Prostatectomy) รวมถึงต่อมสร้างน้ำอสุจิ (seminal vesical) ร่วมกับการเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณท้องน้อยส่วนล่างออก (pelvic lymph node) หลังจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกแล้วจะมีการเย็บกระเพาะปัสสาวะต่อกับท่อปัสสาวะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะทางท่อปัสสาวะได้ การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลรามาธิบดีมีเทคนิคการผ่าตัด 3 รูปแบบ^{4,7} ดังนี้ 1) การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Open radical prostatectomy) ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดตั้งแต่สะดือลงมาถึงหัวเหน่า แผลขนาดใหญ่ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือดมากและนอนโรงพยาบาลนาน 2) การผ่าตัดแบบเจาะรูใช้เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic radical prostatectomy) ผู้ป่วยแผลเล็กกว่าวิธีแรก และเก็บเส้นประสาทที่ทำให้องคชาติแข็งตัวได้ดีกว่าวิธีแรก 3) การผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic assisted radical prostatectomy: RALRP)⁷ เป็นการผ่าตัดที่ใช้หลักการเดียวกันกับแบบที่ 2 แต่ใช้แขนกล หุ่นยนต์มาช่วยผ่าตัด โดยศัลยแพทย์จะนั่งควบคุมตัวหุ่นยนต์ อยู่บริเวณคอนโซล (surgeon console) แขนกลมีลักษณะคล้ายมือมนุษย์เคลื่อนไหวได้รอบทิศทาง 270 องศาสามารถผ่าตัดในซอกเล็ก ๆ และผ่าตัดอวัยวะที่มีความซับซ้อนได้มากกว่า ใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 200 นาที เสียเลือดประมาณ 100-300 มิลลิลิตร ค่าผ่าตัดประมาณ 241,000-

290,000 บาท ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 9 วัน หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องคาสายสวนปัสสาวะประมาณ 7-10 วัน⁷ (เพื่อช่วยตามรอยต่อระหว่างท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ ช่วยลดและป้องกันปัสสาวะรั่วซึมหรือท่อปัสสาวะตีบ บางรายอาจใส่ไว้ 7-14 วัน ในรายที่มีการผ่าตัดเชื่อมต่อทำได้ยาก)

ข้อดีของการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด: 1) การผ่าตัดมีความแม่นยำสูง ใช้เวลาผ่าตัดน้อย และเสียเลือดน้อย^{7,8} 2) ผู้ป่วยแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กปวดแผลเล็กน้อยและการฟื้นตัวเร็วขึ้น^{9,10} 3) ผู้ป่วยสามารถควบคุมการกลั้นปัสสาวะและคงสมรรถภาพทางเพศไว้ได้^{7,10} 4) การเกิดปัสสาวะรั่วซึมหรือท่อปัสสาวะตีบพบน้อยกว่าวิธีอื่น¹⁰ 5) โรงพยาบาลได้พัฒนาด้านเทคโนโลยีและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญด้านวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด^{7,10}

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

1) ภาวะแทรกซ้อนของการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ขณะผ่าตัดทำให้เกิดลมตามอวัยวะต่างๆ¹¹ เช่น ลมในช่องท้อง ลมในชั้นใต้ผิวหนัง ลมในช่องปอด เป็นต้น ซึ่งแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์จะถูกดูดซึมภายใน 7 วัน

2) ภาวะแทรกซ้อนจากท่าของผู้ป่วยขณะผ่าตัด¹¹ เช่น อาการปวดไหล่หลังผ่าตัด การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) จากท่าของผู้ป่วยเกิดได้ทั้งบริเวณแขนและขา เป็นต้น

3) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเครื่องจี้ไฟฟ้าถูกอวัยวะสำคัญหรือมีการผ่าตัดถูกกล้ามเนื้อ^{7,11} สังเกตได้จากผู้ป่วยจะฟื้นตัวช้า มีไข้ เจ็บบริเวณแผล ท้องอืด ท้องเสีย ถ้ามีอาการดังกล่าวควรทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทันที

4) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ^{7,10,11} เช่น ภาวะ lymphoceles (เป็นน้ำเหลืองคั่งจากการผ่าตัดและเลาะต่อมน้ำเหลือง) ภาวะ ureteral orifice injury (เกิดจากรูเปิดท่อไตได้รับบาดเจ็บเนื่องจากอยู่ใกล้ต่อมลูกหมาก) ภาวะ anastomosis leakage/stricture (เกิดจากการเย็บต่อกระเพาะปัสสาวะกับท่อปัสสาวะไม่สนิททำให้ปัสสาวะรั่วซึม) ภาวะกลั้นปัสสาวะลำบากในระยะแรก (เกิดจากการผ่าตัดผ่านบริเวณกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นบริเวณอุ้งเชิงกราน (pelvic floor) ซึ่งทำหน้าที่ช่วยควบคุมการกลั้นปัสสาวะจึงไม่สามารถควบคุมการกลั้นปัสสาวะได้ ทำให้ปัสสาวะเล็ด) ภาวะบกพร่องของการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (erectile dysfunction: ED) (เนื่องจากการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ทำให้เกิดการบาดเจ็บเส้นประสาท cavernous nerve injury ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมรรถภาพทางเพศลดลง) เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาลบนหอผู้ป่วย ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถจำหน่ายได้ในเวลาที่แพทย์กำหนดและสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข โดยพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะก่อนจำหน่าย และจำหน่าย⁶ ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care) : 1) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย^{12,13} เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจคลื่นหัวใจ การส่งปรึกษาอายุรแพทย์ การงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น 2) การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นกันเอง ร่วมกับการประเมินความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วย^{12,13} พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด (หลักเลี้ยงข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด) พร้อมให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อคลายความวิตกกังวล

การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด (Postoperative nursing care) : การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดบนหอผู้ป่วยมีดังนี้^{12,13} 1) ประเมินและสังเกตระดับความรู้สึกตัว (consciousness) ทันทีที่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท การทำงานของไต และหัวใจ ประเมินสัญญาณชีพตามมาตรฐาน โดยปฏิบัติตามการประเมิน เฝาระวังและจัดการต่ออาการแสดงเตือนของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Ramathibodi Early Warning score: REWS) ตำแหน่งบาดแผลและอาการผิดปกติต่าง ๆ 2) การดูแลด้านจิตใจโดยให้กำลังใจ อธิบายปλοบไยอนและช่วยให้อผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเป็นระยะ ด้วยกริยาท่าทางที่เห็นอกเห็นใจ นุ่มนวลและอ่อนโยน 3) กระตุ้นให้อผู้ป่วย early ambulation เพื่อช่วยให้ฟื้นตัวเร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ต่าง ๆ 4) ประเมินและติดตามอาการเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน
หลังผ่าตัด เช่น ท้องอืด มีไข้ ท้องเสีย เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติ
ให้รายงานแพทย์ทันที

การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายและจำหน่าย
(Discharge Nursing care): ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย
(Discharge planning) โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย
มีการประเมินความพร้อมในด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย
ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายที่มี
ประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถดูแล
ตนเองได้อย่างดี^{14,15} พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้และคำแนะนำ
เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD
เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยา การรับประทานอาหาร
การดูแลสายสวนปัสสาวะ การบริหารกล้ามเนื้อ
อุ้งเชิงกราน (kegel exercise) เพื่อช่วยให้การกลั้นปัสสาวะ
ได้ดี การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์
ก่อนวันนัด เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะไม่ออก เป็นต้น

การประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพื่อพัฒนาระบบการบริการ พยาบาล

การประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพื่อพัฒนาระบบการ
บริการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก
โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า
แนวคิดลีน^{16,17,18} (Lean Concepts) เป็นเครื่องมือในการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้รวดเร็ว
และเกิดประสิทธิภาพ โดยการมุ่งเน้นกำจัดความสูญเปล่า ทำให้
การดำเนินงานของกิจกรรมที่มีคุณค่าไหลลื่นไม่หยุดชะงัก
และสามารถผลิตสินค้าหรือบริการตรงตามความต้องการของ
ลูกค้าหรือผู้รับบริการ อันจะช่วยพัฒนาคุณภาพบริการให้เพิ่ม
ขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความ
ปลอดภัยและพึงพอใจ โดยผู้เขียนประยุกต์แนวคิดลีนของ
Womack & Jones¹⁹ ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 ขั้นตอน
คือ 1) การระบุคุณค่า (identify value stream) คือ การระบุ
คุณค่าของสินค้าและบริการในมุมมองของลูกค้า โดยนำแต่ละ
กิจกรรมมาศึกษาและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ 2) การเขียน
แผนผังสายธารคุณค่า (value stream) คือ การระบุแต่ละ
กิจกรรมหรือขั้นตอนทั้งหมดในแต่ละกระบวนการอย่างละเอียด
เพื่อพิจารณาว่ากิจกรรมใดบ้างที่มีคุณค่าให้คงไว้ กิจกรรมใดที่
ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าให้กำจัดออก 3) การทำงานไหลลื่นอย่าง
ต่อเนื่อง (flow) คือ การทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีคุณค่าใน

กระบวนการทำงานให้ลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง 4) การดึง
(pull system) คือ การให้ความสำคัญและมุ่งเน้นความต้องการ
ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการจากกระบวนการทำงาน
5) การพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความสมบูรณ์แบบ (perfection)
คือ การสร้างคุณค่าและกำจัดความสูญเปล่า โดยค้นหา
ส่วนเกินที่เป็นความสูญเปล่าและกำจัดออกไปอย่างต่อเนื่อง
แนวคิดลีน^{16,17,18} สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการ
สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถตอบสนองคุณค่า
ต่อผู้รับผลงาน ตอบสนองด้านอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณต่อ
ผู้รับผลงาน ลดระยะเวลาการคอย^{20,21} ลดความสูญเปล่า ลดค่าใช้จ่าย
ลดต้นทุน ลดขั้นตอนของกระบวนการทำงาน มีการกระจาย
ภาระงาน (workload leveling) ลดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์
ต่าง ๆ และสามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ
และผู้รับบริการได้^{16,21} แต่ยังคงรักษามาตรฐานการพยาบาล
ทั้งในด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการและ
ผู้ให้บริการ นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลมีระดับความสุข
ในการทำงานเพิ่มขึ้น^{16,17} ซึ่งผู้เขียนและทีมผู้บริหารได้นำ
แนวคิด^{16,19} ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
(Continuing Quality Improvement: CQI)²² มาใช้ในการ
พัฒนาระบบการบริการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ
ระยะก่อนการพัฒนาและระยะหลังการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนพัฒนา: ระยะนี้ทีมผู้บริหารชี้แจง
นโยบายโครงการ Robot Premium ผ่าตัดนอกเวลา และได้
เริ่มโครงการประมาณ ปี 2563 ภายหลังจากที่เริ่มโครงการมี
รายงานปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละหน่วยงานพบปัญหาหลาย
ประการ เช่น ระบบการทำงานไม่ลื่นไหล มีการทำงานที่ซ้ำซ้อน
ระหว่างหน่วยงาน บทบาทแต่ละหน่วยงานไม่ชัดเจน เป็นต้น
ทีมบริหารร่วมกันวิเคราะห์กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
โดยประยุกต์ใช้แนวคิดลีน^{16,19} มาใช้โดยระบุคุณค่า (identify
value stream) ของบริการของลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก
โดยนำแต่ละกิจกรรมมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และเขียน
แผนผังสายธารคุณค่า (value stream) ระยะนี้เกิดกระบวนการ
ในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 8 กระบวนการและ 69 กิจกรรม
(ตารางที่ 1: กิจกรรม (ระยะก่อนการพัฒนา))

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา: ภายหลังจากการนำระบบลง
สู่การปฏิบัติ ผู้บริหารและทีมทำงานได้มีการปรับปรุงและพัฒนา
ระบบอย่างต่อเนื่องตามหลักการแนวคิดลีน^{16,19} โดยทำให้
กระบวนการทำงานลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง (flow) ให้ความสำคัญ
และมุ่งเน้นความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

(pull system) และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องสู่ความสมบูรณ์แบบ (perfection) ร่วมกับหลักการ PDCA Cycle (Plan = การวางแผน DO = การทำตามระบบ Check=การวัด/ทบทวน/ตรวจสอบ Act = การปรับปรุง)²² โดยแบ่งการพัฒนาเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมพยาบาล (over processing): จากการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาหลังผ่าตัดจึงโทรศัพท์มาปรึกษาพยาบาล ทีมพยาบาลยังไม่มีช่องทางที่จะปรึกษาแพทย์ได้โดยตรง ทำให้การติดต่อกับแพทย์เจ้าของไข้มีอุปสรรคพอควร หัวหน้าหอผู้ป่วยรายงานทีมบริหาร รับทราบปัญหาและมอบหมายให้แพทย์เจ้าของไข้รับปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายได้ตลอดเวลา โดยผ่านพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้การปรึกษาแพทย์สะดวกรวดเร็วขึ้นผู้ป่วยหลายรายไม่จำเป็นต้องมาตรวจที่โรงพยาบาลภายหลังได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และจากการประเมินผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการดูแลตนเองที่บ้านที่ต้องอาศัยสวนปัสสาวะกลับบ้าน ทีมพยาบาลเพิ่มการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย จึงสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย¹⁵ และผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการทำงานมีกิจกรรมย่อยที่ซ้ำซ้อน จึงนำแนวคิดลีนเรื่องการลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน^{16,19,22} มาประยุกต์ใช้ส่งผลให้การปฏิบัติงานสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ระยะนี้



CA Prostate (Pre-op)



CA Prostate (at home)



Foley's cath care



Wound Care

ขั้นตอนที่ 3 การกระจายภาระงาน (workload leveling): จากการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานพบว่า พยาบาลบางเวรไม่มีเวลาให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วย โดยรวมกิจกรรมทั้งหมดมาฝึกทักษะให้ผู้ป่วยในวันที่จำหน่าย เกิดความเร่งรีบส่งผลให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และผู้ป่วยไม่สามารถจดจำขั้นตอนต่างๆ ได้ในเวลาจำกัดเนื่องจากมีรายละเอียดมาก ผู้เขียนจึงนำแนวคิดลีนเรื่องการกระจายภาระงาน^{16,17,18} มาประยุกต์ใช้ โดยพัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้สำหรับพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการมอบหมายงานและ

สามารถลดกิจกรรมซ้ำซ้อนทั้งหมด 11 กิจกรรมและสามารถลดระยะเวลา 50 นาที (ตารางที่ 1: กิจกรรม (ระยะหลังการพัฒนา))

ขั้นตอนที่ 2 เพิ่มเทคโนโลยีมีลต์มีเดียสื่อการสอนให้ความรู้: จากการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานพบว่า พยาบาลมีสมรรถนะที่แตกต่างกัน ความสามารถในการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแตกต่างกันและเวลาที่จำกัด ส่งผลให้พยาบาลมีความวิตกกังวล กลัวทำงานไม่ทันเนื่องจากต้องเตรียมความพร้อมในด้านเอกสารต่าง ๆ และเตรียมให้ความรู้และคำแนะนำก่อนผ่าตัดซึ่งใช้เวลานาน ผู้เขียนจึงใช้แนวคิดลีนเรื่องการนำเทคโนโลยีมีลต์มีเดียมาช่วยในการปฏิบัติงาน^{16,22} เพื่อใช้ในกรณีที่อัตรากำลังไม่เพียงพอมาประยุกต์ใช้ โดยผู้เขียนได้พัฒนาวิดีโอวีดิทัศน์สื่อการสอนช่วยในการให้ความรู้ผู้ป่วยแทนพยาบาล และมอบหมายให้พยาบาลทบทวนความเข้าใจและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยชมวิดีโอวีดิทัศน์ ซึ่งผู้เขียนจัดทำวีดิทัศน์ทั้งหมด 4 เรื่อง วีดิทัศน์นี้ช่วยให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ครบถ้วน ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย สรุประยะที่ 2 สามารถลดวันนอนโรงพยาบาลจากเดิม 7-10 วันเหลือ 3-4 วัน ลดค่าใช้จ่ายประมาณ 25,000-30,000 บาทต่อราย ลดกิจกรรมการให้ความรู้ได้ 4 กิจกรรม ลดระยะเวลาได้ประมาณ 200 นาทีต่อราย พยาบาลมีระดับความวิตกกังวลลดลงจาก 7.6 คะแนน เหลือ 2 คะแนน (คะแนนเต็ม 10) และสามารถเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัดได้ครบถ้วนทันเวลา (ตารางที่ 1: กิจกรรม (ระยะหลังการพัฒนา)) นำเสนอวีดิทัศน์ 4 เรื่องด้วย QR code ดังนี้



แบ่งภาระงานให้พยาบาลในแต่ละเวร โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ตามที่มอบหมายและมีความลื่นไหลมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะได้ครบถ้วน ผู้เขียนนำเสนอแบบฟอร์มดังกล่าวเป็น QR code ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงกระบวนการและเปรียบเทียบกิจกรรม (ระยะก่อนพัฒนา) และกิจกรรม (ระยะหลังพัฒนา) ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในโครงการผ่าตัด Robot Premium

กิจกรรม (ระยะก่อนพัฒนา)	กิจกรรม (ระยะหลังพัฒนา)
กระบวนการที่ 1 กระบวนการลงทะเบียน	
1. ชักประวัติ/ทวนสอบความประสงค์ในการผ่าตัด/ อธิบายค่าใช้จ่าย/ตรวจสอบเอกสาร: concent: ฟอรม ก./ฟอรม ข./ฟอรม HIV/ ใบจองเลือด/ใบตรวจ LAB: Pre-op/แนะนำให้เจาะเลือด/จองคิว ผ่าตัด/ตรวจสอบยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัด/นัดพบวิสัญญีแพทย์/อายุรแพทย์	1. ชักประวัติ/ทวนสอบความประสงค์ในการผ่าตัด/ อธิบายค่าใช้จ่าย/ตรวจสอบเอกสาร: concent: ฟอรม ก./ฟอรม ข./ฟอรม HIV/ ใบจองเลือด/ ใบตรวจ LAB: Pre-op/แนะนำให้เจาะเลือด/จองคิว ผ่าตัด/ตรวจสอบยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัด/ นัดพบวิสัญญีแพทย์/อายุรแพทย์
2. ส่งใบ fax จองเตียงให้ผู้ป่วยที่ประชาสัมพันธ์ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ (รวม 14 กิจกรรม)	2. ส่งใบจองเตียงใน line application ให้ผู้ป่วยที่ประชาสัมพันธ์ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ 3. pre-op teaching เบื้องต้น (รวม 15 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 2 การส่งต่อพยาบาลประสานงานศูนย์การแพทย์ศิริกิติและการจองห้องพัก	
1. ตรวจสอบความพร้อมก่อนผ่าตัด ได้แก่ ใบมัดจำ/ การส่งประวัติวิสัญญีแพทย์/อายุรแพทย์	1. ตัดออก*
2. ตรวจสอบการรับประทานยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัด	2. ตัดออก*
3. ตรวจสอบ LAB: Pre-op	3. ตัดออก*
4. แจ้งทีมวิสัญญีแพทย์/ทีมแพทย์ผ่าตัด	4. แจ้งทีมวิสัญญีแพทย์/ทีมแพทย์ผ่าตัด
5. Pre -op teaching เบื้องต้น	5. ตัดออก*
6. บันทึกลงในแบบประเมินผู้ป่วย Robot premium	6. บันทึกลงในแบบประเมินผู้ป่วย Robot premium
7. รับจองห้องพัก (รวม 10 กิจกรรม)	7. ตัดออก* (รวม 3 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 3 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ก่อน admit)	
1. ก่อนวัน admit: โทรศัพท์ confirm ผู้ป่วยก่อน admit เรื่อง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด/วันและเวลา admit/ยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัด/ ตรวจสอบ lab pre-op	1. ก่อนวัน admit: โทรศัพท์ confirm ผู้ป่วยก่อน admit เรื่อง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด/วันและเวลา admit/ ยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัด/ตรวจสอบ lab pre-op
2. Confirm การจองเลือดที่ Blood Bank	2. Confirm การจองเลือดที่ Blood Bank
3. วัน admit: ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารก่อนผ่าตัด/ตรวจสอบใบเสร็จค่ามัดจำ/ ประเมินผู้ป่วยก่อน admit/ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทางโทรศัพท์/ โทรศัพท์แจ้งทีมแพทย์เจ้าของไข้/ทีมวิสัญญีแพทย์/แจ้งอาจารย์เจ้าของไข้ (รวม 12 กิจกรรม)	3. วัน admit: ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารก่อนผ่าตัด/ ตรวจสอบใบเสร็จค่ามัดจำ/ประเมินผู้ป่วยก่อน admit/ ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทางโทรศัพท์/ โทรศัพท์แจ้งทีมแพทย์เจ้าของไข้/ทีมวิสัญญีแพทย์/ แจ้งอาจารย์เจ้าของไข้ (รวม 12 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 4 การรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน	
1. พยาบาลรับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยจากปชส. ก่อน admit	1. พยาบาลรับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยจากปชส. ก่อน admit
2. ผู้ช่วยพยาบาลเตรียมห้องสำหรับรับผู้ป่วยใน	2. ผู้ช่วยพยาบาลเตรียมห้องสำหรับรับผู้ป่วยใน
3. ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน (รวม 3 กิจกรรม)	3. ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน (รวม 3 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (หลัง admit)	
1. ชักประวัติ	1. ชักประวัติ
2. ทวนสอบการจองเลือด/Lab/ฟอรม ก/ฟอรม ข	2. ทวนสอบการจองเลือด/Lab/ฟอรม ก/ฟอรม ข
3. แจ้งทีมวิสัญญีแพทย์/แพทย์ผ่าตัด/แพทย์เจ้าของไข้	3. ตัดออก* (3 กิจกรรม)
4. ทวนสอบการเตรียมตัวตามใบ pre-op checklist	4. ทวนสอบการเตรียมตัวตามใบ pre-op checklist
5. พยาบาลสอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วย	5. พยาบาลให้ผู้ป่วยชมวิดิทัศน์การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก
6. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด (รวม 11 กิจกรรม)	6. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด (รวม 11 กิจกรรม)

ตารางที่ 1 แสดงกระบวนการและเปรียบเทียบกิจกรรม (ระยะก่อนพัฒนา) และกิจกรรม (ระยะหลังพัฒนา) ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเรื้องรังต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในโครงการผ่าตัด Robot Premium (ต่อ)

กิจกรรม (ระยะก่อนพัฒนา)	กิจกรรม (ระยะหลังพัฒนา)
กระบวนการที่ 6 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด	
1. การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ	1. การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านหลังผ่าตัดมะเร็งเรื้องรังต่อมลูกหมาก/การดูแลสายสวนปัสสาวะ/การทำความสะอาดแผล (รวม 4 กิจกรรม)	2. ให้ผู้ป่วยชมวิดีโอที่สอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเรื้องรังต่อมลูกหมาก/การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ/การทำความสะอาดแผล (รวม 4 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 7 การจำหน่าย	
1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษาที่ใบ Order/ในคอมพิวเตอร์	1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษาที่ใบ Order/ในคอมพิวเตอร์
2. ประสานงานห้องยา/การเงิน/งานแม่บ้าน/ประชาสัมพันธ์/แจ้งคำปรึกษา/ผู้ป่วยชำระค่ารักษา	2. ประสานงานห้องยา/การเงิน/งานแม่บ้าน/ประชาสัมพันธ์/แจ้งคำปรึกษา/ผู้ป่วยชำระค่ารักษา
3. นำยาและอุปกรณ์ทำแผลให้ผู้ป่วยกลับบ้าน	3. นำยาและอุปกรณ์ทำแผลให้ผู้ป่วยกลับบ้าน
4. ทวนสอบความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำแผล/การดูแลสายสวนสสาวะ/การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	4. ตัดออก* (มี 3 กิจกรรม)
5. ให้คำแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจก่อนวันนัด	5. ตัดออก*
6. มอบเบอร์โทรศัพท์หผู้ป่วย (รวม 14 กิจกรรม)	6. มอบเบอร์โทรศัพท์หผู้ป่วย (รวม 10 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 8 การติดตามผลการรักษา	
1. พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (รวม 1 กิจกรรม)	1. พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด
	2. ติดตามผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์สอบถามอาการในวันที่ 1 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย (รวม 3 กิจกรรม)

ผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบมีดังนี้ 1) พยาบาลให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานการพยาบาล โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยในการให้ความรู้และฝึกทักษะ 2) ลดกิจกรรมซ้ำซ้อนได้ 11 กิจกรรม 3) ลดระยะเวลาการปฏิบัติกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ได้ 250 นาที 4) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ ปอดอักเสบ ท้องอืดมาก 5) ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสายสวนปัสสาวะและทำความสะอาดแผลได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 6) ลดค่าใช้จ่ายประมาณ 25,000 -30,000 บาทต่อราย 7) ลดวันนอนโรงพยาบาลจาก 7-10 วัน เหลือ 3-4 วัน 8) ระดับความวิตกกังวลของพยาบาลลดลงจาก 7.6 คะแนน เหลือ 2 คะแนน (คะแนนเต็ม 10) 9) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 100

สรุป

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเรื้องรังต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดคลินิกพิเศษนอกเวลา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดส้นเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลที่เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านผู้ป่วย พยาบาล

หน่วยงานและโรงพยาบาล ซึ่งควรใช้เป็นแนวทางในพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้ทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลและมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานทั้งด้านคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์กิตติณัฐ กิจวิทย์ อดีตผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ พว.สุภาณี วิไลนาโชคชัย รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพว.บุษกร ทรัพย์อานวยโชค หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในระบบพิเศษ 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจสอบความถูกต้องของบทความนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณทีมผู้บริหารและบุคลากรพยาบาลอาคารสิริกิตีทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

References

1. Satiraankun T, Wongsuwansiri S, Kladchomphon P. Guidelines for the development of nursing service system: Service Plan Division of Nursing. Pathum Thani: Suea Tawan Co., Ltd; 2018. (in thai)
2. Attsalee R. Nursing care of those who come in for surgery. Bangkok: NP Press; 2007. (In thai)
3. Smeltzer SC, Bare BG, Himkle JL, Cheever KH. Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11thed. Philadelphia (PA): Lippincott William & Wilkins; 2008.
4. Sangkhum P. Guideline of Treatment in Prostate Cancer and Role of Surgery. In: Kongcharoensombat V, editor. Textbook of surgery and treatment of prostate cancer. 1sted. Bangkok: ID ALL Digital Print Co., Ltd. 2021. (in thai)
5. Kongcharoensombat V. Complication of Radical Prostatectomy. In: Kongcharoensombat V, editor. Textbook of surgery and treatment of prostate cancer. 1sted. Bangkok: ID ALL Digital Print Co., Ltd. 2021. (in thai)
6. Orathai P. Nursing before and after surgery. In: Senadisai S. and Prapaipanich W. editors. Basic Nursing. 13thed Bangkok: Judthong. 2015. (in thai)
7. Kongcharoensombat V. Robotic assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy. In: Kongcharoensombat V, editor. Textbook of surgery and treatment of prostate cancer. 1st ed. Bangkok: ID ALL Digital Print Co., Ltd. 2021. (in thai)
8. Menon M, Shrivatava A, Tewari A, Sarle R, Hemal A, Peabody Jo, et al. Laparoscopic and robot assisted radical prostatectomy: establishment of a structured program and preliminary analysis of outcome. Journal of Urology. 2002; 168(3): 954-9.
9. Tewari A, Shrivatava A, Menon M; Member of the VIP team. A prospective comparison of radical retropubic and robot- assisted prostatectomy: experience one institution. BJU International. 2003; 92(3): 205-10.
10. Kijvikai K. Complications of laparoscopic kidney surgery and robotic intervention. In: Kijvikai K, editor. Textbook of laparoscopic kidney surgery and robotic therapy. 1sted. Bangkok: Ideas. Instant Printing. 2018. (in thai)
11. Kongcharoensombat V. Complication of laparoscopic surgery. In: Kongcharoensombat V, editor. Textbook of surgery and treatment of prostate cancer. 1sted. Bangkok: ID ALL Digital Print Co., Ltd. 2021. (in thai)
12. Damronglert A. Care of patients before and after surgery. In: Kerdchuchuen K, Kosittapiwat C, Dejpraphon M, Rimsrithong S, editors. Nursing Practice Manual. 15thed. Bangkok: Thammasarn. 2000. (in thai)
13. Chuengkriengkrai B. Nursing care of patients in the pre and postoperative period. In: Senadisai S. & Prapaipanich W, editors. Basic Nursing: Concepts and Practice. 13thed Bangkok: Judthong. 2015. (in thai)
14. Apanantikul M. Receiving, transferring and disposing of patients. In: Senadisai S & Prapaipanich W, editors. Basic Nursing: Concepts and Practice. 13thed Bangkok: Judthong. 2015. (in thai)
15. Somsukjerawat P, Aungsuroch Y. Effects of Discharge Planning and Continuing Care of Post-acute Stroke Patients on Nursing Service Satisfaction, Patients' Quality of Life, and Nurses' Job Satisfaction. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(2): 218-26. (in thai)
16. Suphachutikul A. Lean & Seamless Healthcare. Nonthaburi: Book Dee One Co., Ltd; 2009. (in thai)

17. Graban M. Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement, 2nded. New York: Imprint Productivity Press; 2012.
18. Zidel, TG. A Lean Guide to Transforming Healthcare: How to Implement Lean Principles in Hospitals, Medical Offices, Clinics and Other Healthcare Organizations. United States of America: ASQ Quality Press, Milwaukee, WI; 2006.
19. Womack JP, Jones DT. Lean Concepts: banish waste and create wealth in your corporation. New York: Simom & Schuster; 2003.
20. Chaiyawaree N, Akkadechanan T, Jitpakdee B. Applying Lean Concepts to improve clinical service processes. cardiovascular disease Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Nursing Council Journal. 2020; 35(4): 112-26. (in thai)
21. Saensuk N, Hansakunachai T. The Effectiveness of TU Health Check Up Program Model by Lean and Eliminate Combine Rearrange Simplify Concept. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 348-56. (in thai)
22. Suphachutikul A. Compiling and crystallizing the concept of quality, the basis for building trust. Nonthaburi: Kor.Tiankuang Printing Company Limited; 2021. (in thai)

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยบาดเจ็บรายกึ่งส่วนล่าง

Nurse's Role in Preventing Deep Vein Thrombosis-related Complications in Patients with Lower Extremity Injury

จุฑามาศ พันธุ์ดี* อมรรัตน์ พูลเกตุ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ

Jutamart Pundee* Amonrut poonkate Prangtip Chayaput

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

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

บทคัดย่อ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis: DVT) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่รายกึ่งส่วนล่าง ส่วนมากจะเป็นที่หลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา และลิ่มเลือดนั้นเคลื่อนที่ไปพร้อมกับ การไหลเวียนของเลือดเกิดการอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thrombosis) จนมาอุดกั้นที่ปอด (Pulmonary embolism) อาจเกิดขึ้นที่ตำแหน่งเดียวหรือหลายตำแหน่ง จัดเป็นภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นต่อชีวิต เนื่องจากลิ่มเลือดที่อุดกั้นอาจหลุดไปตาม กระแสเลือด โดยทั่วไปสามารถป้องกันและรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงและ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งบทความ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก พยาธิสภาพ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การตรวจวินิจฉัย อาการและอาการแสดง วิธีการป้องกัน บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก นอกจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่ ถูกต้องแล้ว ยังส่งผลให้อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำลดลงอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะวิกฤตภายหลังได้รับบาดเจ็บรายกึ่ง ส่วนล่าง ลดอัตราการเสียชีวิต และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน การจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก, ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ, ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด, การบาดเจ็บรายกึ่งส่วนล่าง

Abstract

Deep vein thrombosis (DVT) is one of the most commonly found complications in patients with lower extremity injury. Over half of those involve DVT-related complications, and blood clot moves along with the blood flow, causing a blockage in the venous thrombosis, until it become blocked in the lung, It is pulmonary embolism (PE). It may occur at one location or many multiple locations. It is classified as a life-threatening condition. This is because the blocked blood clot may escape through the bloodstream. In general, this group of patients can be prevented and treated. Nurses have a critical role to play in risk assessment and nursing to preventing DVT-related complications is a significant cause of morbidity and mortality in trauma patients. This article aims to summarize and synthesize the current evidence regarding DVT

Corresponding Author: *Email : jutamart.pun@mahidol.ac.th

วันที่รับ (Received) 27 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 10 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 7 เม.ย. 2567

incidence, risk factors, diagnostic tools, and prophylactic methods, and to consolidate the evidence about DVT management. Evidence supporting nurses' role in preventing DVT-related complications in patients with lower extremity injury were investigated as this could support the development of prevention strategies, appropriate nursing management, and DVT monitoring, especially in the acute phase post-injury, to reduce long-term disability, hospital mortality, and prolonged hospitalization.

Keyword : Deep vein thrombosis, Venous thrombosis, Pulmonary embolism, Lower extremity Injury

Introduction

Deep vein thrombosis (DVT) is a potentially life-threatening complication in case of a pulmonary embolism (PE) of the body, most often occurring in patients with lower extremity injury^{1,2} ; although it can also occur in patient with upper extremity injury.³ In general surgical patient without prophylaxis against VTE, The reported incidence of DVT varies with the detection method, mode of prevention, location of the thrombus, and the study sample size, thus resulting in a wide range of numbers reported in the literature. There is a wide variation in the reported incidence of DVT among Asian patients, with one study reporting a 70% incidence,¹ while in Thailand, an 80% incidence has been reported.⁴

Supporting evidence has been generated to help guide DVT prophylaxis in cases of lower extremity injury for orthopedic patient.⁵ in addition, various recommendations are available to help physicians decide which orthopedic trauma patients require prevention and management.^{3,6} The initiation of pharmacologic prophylaxis in a trauma patient must always balance the benefit of therapy with the risk of bleeding,⁷ The advent of more recent anticoagulants has increased the pharmacologic options available to orthopedic surgeons, but in many cases their comparative efficacies remain incompletely evaluated.⁴ A variety of prophylactic treatment are available for perioperative trauma patient. Common prophylactic methods include chemoprophylaxis, such as low molecular weight heparin (LMWH),

unfractionated heparin (UFH) and aspirin have been investigated for their efficacy. Common mechanical prophylaxis includes intermittent pneumatic compression device (IPC). An inferior vena cava (IVC) filter is also a potential prophylactic intervention in patient with severe trauma.⁸ It is generally agreed that thromboprophylaxis should be administered to trauma patient, with careful assessment of the risk of VTE and bleeding.⁹

Many study design factors can affect the reported incidence, such as an increased age^{10,11}, severity of the injury, hospitalization, length of hospital stay, long period of immobilization, family history, chronic venous insufficiency, post-surgery conditions, and obesity, which are common risk factors^{8, 12} among some other factors already described in the literature, and it is further reported that individuals with several factors concomitantly have a greater risk of developing DVT¹³. Considering the various risk factors for DVT among hospitalized patients. nurses, who provide continuous and uninterrupted care, are essential for identifying the risk of DVT¹⁰ and for implementing prophylactic interventions.⁷

An improved understanding of the operative risk factors could permit prophylactic therapy to be better tailored to the individual patient. Therefore, there is a need to monitor DVT cases to determine the appropriate care procedures to apply.⁸ This approach allowed us to indirectly compare the different methods. For a prophylactic method to be

successfully applied, it need to be effective and safe, with consideration of variable factor, such as trauma region, trauma type and patient characteristics.

Deep vein thrombosis

Deep vein thrombosis (DVT) is a condition in which a blood clot develops in the deep veins, usually in the lower extremities. A pulmonary embolism (PE) occurs when a part of the DVT clot breaks off and travels to the lungs, which can be life-threatening. Venous thromboembolism (VTE) refers to DVT, PE, or both. VTE is often recurrent and can lead to long-term complications (e.g., post-thrombotic syndrome after a DVT, chronic thromboembolic pulmonary hypertension after a PE).⁹ Deep vein thrombosis, Venous thromboembolism and pulmonary embolism (PE) are major causes of hospital-related morbidity and mortality, and are recognized as complications in patients with traumatic injury.¹ Despite the significant morbidity and mortality associated with DVTs, prophylaxis and treatment are still not well understood and remain the subject of research and debate.³

Pathophysiology

A blood clot in the body can become dislodged, leading to a pulmonary embolism. Notice that the “thrombus” causes the “embolism.” Indeed, a thrombus is a blood clot that exists in a blood vessel; however, once it dislodges and starts to travel throughout the bloodstream, it is then called an embolus,¹⁴ so an embolus can be thought of as a thrombus on the move. An embolus can be anything that is traveling through the bloodstream. There are air emboli, fat emboli, and even foreign body emboli. However, for this discussion, we just talk about blood clots. These emboli travel along the bloodstream until they get to a vessel too small for them to continue, and that’s where the embolism

occurs, leading to all sorts of problems for the patient.⁹ However, applying the right DVT nursing interventions can help protect the patient. DVT is the single most preventable thromboembolic disorder, even being asymptomatic in many cases.^{3,11} Here, DVT risk assessment tools can provide systematic data upon which to base nursing care plans.^{10,11,15} Additionally, structured patient teaching about how to achieve an optimum safe lifestyle is also paramount. The responsibilities and promotion of self-care strategies are integral in this respect as well as good collaboration among the patients with DVT, their families, and the healthcare professionals who provide hospital and home outreach services.

Risk Factors

To prevent complications from DVT-related risk factors in patients with lower extremity injury, thromboprophylaxis may be applied;⁹ however, here are variations internationally in the use of thromboprophylaxis for such patients.¹³ Therefore, any study that included the measurement of DVT as a patient outcome in adults requiring temporary immobilization, such as a long bone leg cast or brace, applied in an ambulatory setting for an isolated lower extremity injury and that reported the risk factor variables was included in our review.⁴

By developing a uniform set of identifiable risk factors, medical providers can accurately assess patients for their risk of developing DVT and can then make appropriate therapeutic decisions before fatal PE, or other complications, occur. The most common risk factors for DVT in orthopedic trauma patients found across the literature include many study design factors, such as an increased age^{10, 11}, severity of injury, hospitalization, length of hospital stay, long period of immobilization, family history, chronic venous insufficiency, post-surgery conditions, and

obesity.^{2, 12} as follows:

1. Age

Many studies support that there is an association between increasing age and a higher incidence of DVT.^{4, 13} Patients of an older of age are at significantly higher risk compared with younger patients,¹¹ and the risk approximately doubles with each subsequent decade of age. Thus, stratification of risk by a simple dichotomy of age based on years older fails to account for the significantly higher risk among very elderly patients. DVT is rare in children; young patients with venous thrombosis usually have solid predisposing factors, such as multiple injuries, long bone fractures, or indwelling central venous lines. White described the association between DVT and age, and this is presented in greater detail in another section of this supplement.¹²

2. Severity of Injury

Damage that may occur due to the causes and mechanism of injury can affect the functions of many internal organs. The cause and mechanisms of injuries that involve a reduced range of motion have been studied,⁶ and divided up based on the cause of injury with the mechanism of the injury, such as those from traffic accidents or falls from height. Still, the most common accident are traffic accidents,⁷ The most injured person in our studied papers had lower extremity injuries.² to deal with such a crisis, the body is forced to adapt, and this is often expressed by the body's defense mechanism to reduce the body's movement and move less, whereby subsequent motion restriction occurs. Serious injury can also occur from this restriction, resulting in potentially longer-term reduced mobility of the injured person.⁴ However, in appendage injuries where abnormalities of a disability or dysphagia are visible, the ability to move the joints can decrease many complication occurring, such as deep vein thrombosis or venous thrombosis.¹³ In one

study, the prevalence of DVT in less severe trauma patents (injury severity score, ISS <15) was 0.72%, while the prevalence of DVT in primary trauma patients (ISS > 15) increase more than fivefold to 3.9%.⁶

3. Immobilization

Patients immobilized after lower extremity injury are at risk of deep vein thrombosis. There are variations internationally regarding the use of thromboprophylaxis for such patients.^{13, 16} Whereas prolonged bed rest or immobility alone does not provide adequate reason for prescribing prophylactic anticoagulant therapy, prolonged immobility combined with other major risk factors increases the likelihood of a PE.¹⁷

Nielsen found that 64.5% of patients immobilized for 48 hours hospitalization appeared to show some sign of deep vein thrombosis¹⁹. In contrast, Badash found that the incidence of DVT was 80% in patients immobilized for a more extended period.⁵

4. Previous Venous Thrombosis

One of the most critical risk factors for DVT is a history of previous venous thrombosis. Patients with a prior episode of DVT are at a significantly increased risk of recurrence¹⁷, particularly when exposed to high-risk conditions; for example, major surgery, prolonged immobility, or severe illness.⁴ Tan et al. found that patients with fractures below the hip and a previous history of venous thromboembolism (VTE) were five times more likely to have another event.¹³ Another study found that patients with orthopedic surgeries for upper extremity injuries with a personal or family history of VTE had an increased risk of developing DVT in the future. In general, it is believed that an individual or family history of hypercoagulability, as indicated by previous thromboembolic events, is a helpful way to identify at-risk patients.²²

5. Signs and Symptoms

DVT may occur in patients or as a complication of surgery or significant lower extremity injury. Among high-risk hospitalized patients, most DVT occurs in the calf veins⁴, is asymptomatic, and may not be detected. When present, the symptoms and signs of DVT, for example, a vague aching pain, tenderness, and the distribution of the veins, edema, or erythema, are often nonspecific,¹ vary in frequency and severity, and are similar in the arms and legs. Dilated collateral superficial veins may become visible or palpable. Calf discomfort as elicited by ankle dorsi-flexion with the knee extended is called Homans sign, and is a sign of DVT.²¹ Occasionally, this also occurs with distal leg DVT, but this is neither sensitive nor specific. Tenderness, swelling of the whole leg, a >3 cm difference in circumference between the calves, pitting edema,¹⁹ and collateral superficial veins may be the most specific signs of DVT. DVT is likely to occur with a combination of ≥ 3 of these signs in the absence of another possible diagnosis.⁹

The knowledge and identification of these risk factors are important not only in the early recognition and treatment of DVTs but also in the prevention of initial and subsequent DVTs. The presence or absence of these risk factors can guide the use of prophylactic measures such as prophylactic anticoagulation therapy in hospitalized patients.¹³ Further, identifying inherited risk factors can be crucial to using appropriate long-term anticoagulation therapy when indicated to prevent future DVTs and complications of DVTs such as PEs.

Nurse's Role

Nurses have a critical role to play in monitoring and preventing DVT-related complications, should be performed upon admission and again during the hospital stay,¹¹ preferably every 24 hours, considering the various stages and change that occur during entry

and with any increase or decrease in the DVT factors. The early post-admission screening of trauma patients with duplex ultrasound for Deep vein thrombosis is supported by our study. A subset of injured patients appears to be at particularly increased risk of developing Deep vein thrombosis within the first 48 hours of admission,⁹ specifically those with hypotension on initial presentation in the trauma bay, patients sustaining lower extremity injury. Larger prospective studies are needed to establish which other patient groups are at high-risk for the development of deep vein thrombosis shortly after hospital admission and may therefore benefit from prompt surveillance.¹²

After that duplex ultrasound for screening Deep vein thrombosis not seen, patient need on Intermittent pneumatic compression (IPC) uses a pump to cyclically inflate and deflate hollow plastic leggings, providing external compression to the lower legs and sometimes thighs. Causes the muscles in the legs to contract and relax rhythmically. According to the pressure from the air released from the leg sleeve of the blood compression machine when the muscles contract. It will compress the veins in the legs. This increases the speed of return of venous blood from the legs to the heart.⁴ Intermittent pneumatic compression may be used instead of or in combination with anticoagulants after surgery.¹⁸ Intermittent pneumatic compression is recommended for patients undergoing surgery associated with a high risk of bleeding in whom anticoagulant use may be contraindicated. Intermittent pneumatic compression is probably more effective for preventing calf DVT than proximal DVT.²²

DVT prophylaxis methods can be generally divided into mechanical and pharmacological methods. The former include advice on foot-ankle pumping exercises and passive foot-ankle pumping exercises at least 15-20 time a day.^{10,11} that can assess

the DVT risk factors in routine nursing care, monitoring the patient's vital signs and oxygen saturation level, and monitoring the patient's leg circumference every 24 hours. Also, patients can be classified as being at very low, low, moderate, high, or very high risk of developing DVT. Depending on the results, the health team would perform the recommended prophylactic measure.²¹

Conclusion

DVT is a life-threatening complication in patients with lower extremity injury.^{13, 19} While the clinical diagnosis of DVT is part of the physician's role, nurses also have a role to play in primary prevention.¹¹ Receiving patients into medical, general, and specialist surgical settings requires formalized DVT patient risk assessments to be undertaken as an integral part of a revised admission assessment by nurse practitioners responsible for DVT cases and for their direct clinical nursing program.¹⁰ Using patient risk assessment tools would enable practitioners to undertake an in-depth patient history to establish the category of DVT risk upon admission.⁹

Within the assessment, planning, implementation, and evaluation of individualized patient care programs,¹⁰ there is a significant opportunity for practitioners to undertake formal and structured patient teaching activities.¹¹ It is the nurse's role to inform, teach, and advise patients about anticoagulant medications, physiotherapy exercises, and the practical availability of anti-embolism stockings.²²

References

1. Bhatt M, Braun C, Patel P, Patel P, Begum H, Wiercioch W, et al. Diagnosis of deep vein thrombosis of the lower extremity: a systematic review and meta-analysis of test accuracy. *Blood advances*. 2020;4(7):1250-64.

2. Alshoabi A. & Mothanna A. Deep venous thrombosis: commonly affected veins in the lower limbs. *Journal of Biosciences and Medicines*. 2019;7:142-9.
3. Scolaro J, Taylor R, Wigner N. Venous thromboembolism in orthopaedic trauma. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2015;23(1):1-6.
4. Pongsriroj D, Waewwanjit D, Nimitpan P, Akaraborwoen O. Impact of implementation of clinical nursing practice guidelines in prevention of venous thromboembolism on multiple traumatic injury patients' incidence of venous thromboembolism, length of hospitalisation, and medical expenses. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2022;37(2):46-60. (in Thai)
5. Badash I, Pott E, Wu B. Venous thromboembolism in the setting of orthopedic trauma surgery. *Clinical Trials in Orthopedic Disorders*. 2016;1(4):128-37.
6. Bui H, Hung D, Vinh P, Hiep N, Anh L, Dinh T. Frequency and risk factor of lower-limb deep vein thrombosis after major orthopedic surgery in Vietnamese patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2019;7(24):4250-4.
7. Sriprayoon W, Surakan E, Siriwanitchaphan W. Prevalence of venous thromboembolism in trauma patients in a private tertiary care hospital. *The Bangkok Medical Journal*. 2020; 16(1):13-5.(in Thai)
8. Hamada S, Espina C, Guedj T, Buaron R, Harrois A, Figueiredo S, et al. High level of venous thromboembolism in critically ill trauma patients despite early and well-driven thromboprophylaxis protocol. *Annals of Intensive Care*. 2017;7(1):97-110.

9. Pramnoi T, Danaidutsadeekul S, Chanruangvanich W. Factors predicting traumatic patients readiness for hospital discharge after extremity surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(2):179-87. (in Thai)
10. Norasan S, Gajasen C, Soonthonkit Y, Jaihow R, Sripoom T, Singhatas P. Assessing the risk and incident of deep vein thrombosis in icu trauma patients, Ramathibodi hospital using caprini score. *Journal of Nursing Division*. 2020;47(2): 20-31. (in Thai)
11. Mohamed A, Othman W, Alphy B, Sheble A. Effect of implementing nursing care guidelines on the occurrence of deep vein thrombosis among orthopedic patients. *Journal of Nursing and Health Science*. 2017;6(3):28-36.
12. Barp M, Carneiro V, Amaral K, Pagotto V, Malaquias S. Nursing care in the prevention of venous thromboembolism: an integrative review. *Revista Eletronica de Enfermagem*. 2018; 20(14):1-13.
13. Tan L, Qi B, Yu T, Wang C. Incidence and risk factors for venous thromboembolism following surgical treatment of fractures below the hip: a meta-analysis. *International wound journal*. 2016;13(6):1359-71.
14. Horner D, Pandor A, Goodacre S, Clowes M, Hunt B. Individual risk factors predictive of venous thromboembolism in patients with temporary lower limb immobilization due to injury: a systematic review. *Journal of thrombosis and haemostasis*. 2019;17(1): 329-44.
15. Maeseneer M, Bochanen N, Rooijen G, Neglen P. Analysis of 1,338 patients with acute lower limb deep venous thrombosis (DVT) supports the inadequacy of the term “proximal DVT”. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*. 2016;1(51):415-20.
16. Herdman H, Kamitsuru S. *Nursing diagnoses definitions and classification*. 11st, editor. Wiley blackwell, 2020.
17. Saket R, Aggarwal S, Kumar V, Kumar P, Patel S. Acute venous thromboembolism in Indian patients of isolated proximal femur fractures. *Journal of clinical orthopaedics and trauma*. 2019;10(5):917-21.
18. Wang P, Li J, Fei C, Li Z, Ke C, Shang K, et al. Deep vein thrombosis in the uninjured limb in patients with lower extremity fractures: a retrospective study. *BioMed research international*. 2020:1-7.
19. Nielsen S, Connor D, Kaul S, Sharma J, Napolitano M, Simonian G, et al. Early detection of deep venous thrombosis in trauma patients. *Cureus*. 2020;12(7):1-8.
20. Min S, Kim Y, Joh J, Kang J, Park U, Kim H, et al. Diagnosis and treatment of lower extremity deep vein thrombosis: Korean practice guidelines. *Vascular specialist international*. 2016;32(3):77-104.
21. Siriraj concurrent trigger tool by MEWs in elective surgery adult hospitalized patient DVT of lower extremity guideline. 2023.
22. Chang W, Wang B, Li Q, Zhang Y, Xie W. Study on the risk factors of preoperative deep vein thrombosis (DVT) in patients with lower extremity fracture. *Clinical and applied thrombosis/hemostasis : official journal of the International Academy of Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*. 2021;27(1):1-6.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยา ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต

Nursing Care of Patients with Resistant Hypertension after Renal Denervation

ทิพวรรณ แก้วทินกร*

Thippawan Kaewtinnakorn*

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

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

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยาเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลกระทบให้เกิดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้คนทั่วโลก โรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยาเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังอย่างชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะที่ต้องยารักษาความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น การจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไตผ่านทางสายสวน เป็นอีกแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยาที่ได้ผลดี แต่ภายหลังการทำหัตถการผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด นอกจากการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทำให้ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดความเสี่ยงในการเสียชีวิต

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยา, การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยา, การจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต

Abstract

Resistant hypertension is a type of hypertension disease that is a major cause of cardiovascular disease, resulting in morbidity and mortality worldwide. Resistant hypertension significantly increases the risk of coronary artery disease, heart failure, stroke, and chronic kidney disease. These patients are resistant to antihypertensive medications, making it difficult to control their blood pressure. This can lead to more complications, disabilities, and increased healthcare costs. Renal denervation through catheterization is considered as an effective treatment for drug resistant hypertension. However, post-procedural complications necessitate close monitoring by specialized nurses. In addition to ensuring patient safety, nurses play a crucial role in educating patients on self-care practices, empowering them to achieve sustainable blood pressure control and ultimately improve long-term outcomes. Therefore, equipping nurses with the necessary knowledge and skills

is imperative to providing safe and effective care, minimizing complications, and ultimately reducing mortality risk.

Keyword: resistant hypertension, nursing care of patients with resistant hypertension, renal denervation

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยา (Resistant hypertension) เป็นหนึ่งในโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย แม้จะได้ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 3 กลุ่มโดยมีกลุ่มยาขับปัสสาวะร่วมด้วย หรือหมายถึงผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แต่ต้องใช้ยาลดความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 4 กลุ่ม¹ ซึ่งสามารถพบได้ร้อยละ 12-18 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง² จากการศึกษาพบว่าค่าความดันโลหิต ศีรษะ (Systolic Blood Pressure: SBP) ที่เพิ่มขึ้น 20 mmHg และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) ที่เพิ่มขึ้น 10 mmHg เพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 2 เท่า³ ในปี 2562 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1.28 พันล้านคน⁴ และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงถึง 1.4 พันล้านคนในปี 2568⁵ สำหรับในประเทศไทย พบว่าสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปี 2562-2563 มีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 25.4 และจากปี 2558- 2565 จำนวนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁶ ซึ่งผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดผลกระทบกับตัวผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ตา ไต รวมถึงหลอดเลือดส่วนปลาย ส่วนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ รวมถึงการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล^{7,8} นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม จากการสูญเสียรายได้และการสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาล ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหัตถการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต รวมถึงให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงส่งเสริมสมรรถนะของ

ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ต่อเนื่องในระยะยาว

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยา

ปัจจุบันการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยาประกอบด้วย^{5,9}

1. การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral modification)
2. การรับประทานยาลดความดันโลหิต (Medication)
3. การจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต (Renal denervation)
4. การกระตุ้นบาโรรีเซพเตอร์ (Baroreceptor stimulation)

การจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต

การจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต (Renal denervation : RDN) เป็นหัตถการที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาด้วยยาแบบใหม่ที่ได้ถูกคิดค้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2553 และได้รับการพัฒนาวิธีการมาจนถึงปัจจุบัน โดยจะใช้อุปกรณ์สอดผ่านหลอดเลือดแดงจากขาหนีบ ขึ้นไปยังหลอดเลือดแดงของไต ฉีดยาทำลายเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงไต จากนั้นจะใช้คลื่นความร้อนไปจี้ทำลายร่างแหเส้นประสาทซิมพาเทติกในผนังของหลอดเลือดแดงไตทั้ง 2 ข้าง เพื่อไปขัดขวางการส่งสัญญาณประสาทไต ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง อุปกรณ์ที่ใช้ในการการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไตแบ่งได้ 2 ประเภท คือ การใช้คลื่นความถี่วิทยุ (Radiofrequency-based devices) และการใช้พลังงานจากอัลตราซาวด์ (Ultrasound - based devices) ซึ่งการเลือกใช้อุปกรณ์ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย

1. การใช้คลื่นความถี่วิทยุ (Radiofrequency-based devices) ซึ่งสายสวนในรุ่นแรก จะเป็นสายสวนชนิด Symplicity catheter ซึ่งเป็นสายสวนที่สามารถกระจายคลื่นความถี่วิทยุได้เพียงตำแหน่งเดียว และจะปล่อยคลื่น

ความถี่ของพลังงานต่ำไปยังหลอดเลือดแดงไต ซึ่งสายสวน
ในลักษณะนี้ แพทย์ที่ทำหัตถการจะต้องหมุนสาย catheter
เพื่อให้จุดปล่อยคลื่นความถี่วิทยุไปยังบริเวณต่าง ๆ ของ
หลอดเลือด หลังจากนั้นมีการพัฒนาสายสวนรุ่นที่ 2 เป็นแบบ
Symplicity Spiral catheter คือ ลักษณะของสายสวน
จะเป็นรูปแบบเกลียว สามารถปล่อยกระจายคลื่นความถี่วิทยุ
ได้ครั้งละ 4 ตำแหน่ง ทำให้สามารถจี้เส้นประสาทไตได้อย่าง
ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน¹⁰

2. การใช้พลังงานจากอัลตราซาวด์ (Ultrasound
- based devices) จะเป็นใช้คลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อสร้าง
ความร้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทไตโดยสายสวน
จะม้วนแหวนสำหรับปล่อยพลังงานเพื่อขัดขวางการทำงานของ
เส้นประสาทไต และมีน้ำคอกยไหลเวียนผ่านบริเวณบอลลูน
เพื่อปกป้องผนังหลอดเลือดแดงไตจากพลังงานความร้อน¹⁰

ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการการจี้ระบบประสาท
อัตโนมัติที่ไต จะพิจารณาตามข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการรักษา
ด้วยยา และมีค่าอัตราการกรอง (eGFR) มากกว่า 40 mL/
min/1.73m²¹¹

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุม
ระดับความดันโลหิตได้ (uncontrol hypertension) แม้ว่าจะ
ใช้ยาลดความดันโลหิตหลายชนิดก็ตาม หรือหากการรักษา
ด้วยยาทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ร้ายแรงและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต
ไม่ดี¹⁰

ภาวะแทรกซ้อนของการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติ
ที่ไตเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย แต่ส่งผล
กระทบต่อผู้ป่วยรุนแรง พยาบาลจึงควรให้การดูแล เฝ้าระวัง
อย่างใกล้ชิด ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้ในขณะทำ
หัตถการ ได้แก่ หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ² ซึ่งผู้ป่วย
จะได้รับการช่วยเหลือจากทีมแพทย์ในขณะที่ทำหัตถการ
ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติ
ที่ไต^{2, 11} ได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด (vascular
complication) ได้แก่ เลือดออก (bleeding), ก้อนเลือดใต้
ผิวหนัง (hematoma), ภาวะผนังหลอดเลือดโป่งพองเทียม
(pseudoaneurysm)

2. หลอดเลือดแดงไตได้รับบาดเจ็บจากพลังงาน
ความร้อนที่ชี้

3. หลอดเลือดแดงไตปริแตก (renal artery
dissection)
4. หลอดเลือดแดงไตตีบ (renal artery stenosis)
5. ภาวะไตวายเฉียบพลันจากการฉีดสารทึบรังสี
(contrast-induced nephropathy)
6. เลือดออกในไต (renal hematoma)

บทบาทการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงแบบดื้อยา ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจี้ระบบประสาท อัตโนมัติที่ไต

ภายหลังการทำหัตถการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติ
ที่ไต ผู้ป่วยจะย้ายจากห้องปฏิบัติการสวนหัวใจมายังหอผู้ป่วย
กึ่งวิกฤตโรคหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด
โดยหลังทำหัตถการผู้ป่วยจะต้องนอนราบห้ามงอขาข้างที่ทำ
หัตถการ 6-8 ชั่วโมง¹² หรือตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
สามารถนอนศีรษะสูงได้ไม่เกิน 30 องศา¹² และงอขาหนีบข้าง
ที่ทำหัตถการให้น้อยที่สุด ผู้ป่วยต้องพักฟื้นในโรงพยาบาล
เพื่อติดตามอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
เป็นระยะเวลา 1 วัน ในกรณีที่ไม่มีเกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ
ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญ
ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังทำหัตถการ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้ป่วย
จะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติภายหลังทำหัตถการในระยะ
หลังทำหัตถการ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹² ดังนี้

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง
ทุก 30 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง จากนั้นวัดทุก
4 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ หรือตามคำสั่งการรักษา¹² เพื่อ
ประเมินการไหลเวียนของเลือด หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
รายงานแพทย์ทันที

2. ประเมินทางเดินหายใจ อัตราการหายใจ ลักษณะ
การหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน และให้ความช่วยเหลือให้
ทางเดินหายใจโล่ง ดูแลให้ออกซิเจนตามความจำเป็น¹²

3. เฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อติดตามการ
เปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากหัวใจเต้นผิดจังหวะ
รายงานแพทย์ทันที

4. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบ ห้ามงอขาข้างที่ทำ
หัตถการอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยสามารถปรับให้ศีรษะสูงได้
ไม่เกิน 30 องศา¹²

5. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจ

เกิดขึ้นภายหลังทำหัตถการ ได้แก่

5.1 ประเมินภาวะเลือดออก (bleeding) และการเกิดก้อนเลือด (hematoma) บริเวณขาหนีบข้างที่ทำหัตถการ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนราบ ไม่ออกกำลังกายที่ทำหัตถการอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษา สามารถพลิกตะแคงตัวได้โดยไม่กดสะโพก และยกศีรษะสูงได้ไม่เกิน 30 องศา¹²

5.2 ประเมินการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลาย โดยประเมินจากความแรงของชีพจรส่วนปลายบริเวณ dorsalis pedis pulse และ posterior tibial pulse โดยการจับชีพจรที่ปลายเท้าทั้ง 2 ข้างเปรียบเทียบกับหากพบว่าชีพจรที่ปลายเท้าช้า เบา คลำไม่ได้ ปลายเท้าซีดเย็น หรือสีผิวเปลี่ยนไป รายงานแพทย์ทันที¹²

5.3 ประเมินอาการแพ้สารทึบรังสี เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคัน และผื่นตามผิวหนัง¹²

5.4 ประเมินการทำงานของไต¹² โดยการประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก สังเกตสีและลักษณะของปัสสาวะ กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 1-2 ลิตร/วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่จำกัดน้ำและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการทำงานของไต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่โต มีดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายจากการสารทึบรังสี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการแพ้สารทึบรังสี หรืออาหารทะเล หากผู้ป่วยมีประวัติการแพ้สารทึบรังสี หรือแพ้อาหารทะเล ให้รายงานแพทย์ และดูแลให้ยาแก้แพ้ตามแผนการรักษา

2. สังเกตอาการแพ้จากการได้สารทึบรังสี ได้แก่ ผื่นลมพิษ บวมรอบดวงตา คันตามผิวหนัง น้ำมูกไหล คลื่นไส้ อาเจียน อาการหายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำหรือหมดสติ หากพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

3. เตรียมยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งานเสมอ หากผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ขั้นรุนแรง (anaphylaxis)

4. ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง โดยปัสสาวะควรออกมากกว่า 0.5 ml/kg/hr.

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่จำกัดน้ำกระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 1-2 ลิตร/วัน

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อดูการทำงานของไต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินภาวะ bleeding/hematoma บริเวณแผลที่ขาหนีบ รวมถึงประเมินอาการปวดเนื่องจากอาการปวดสามารถเกิดจากการมีก้อนเลือดออกได้ ผิวหนัง หากมีเลือดออกหรือมีก้อนเลือดบวมขึ้น ให้กดแผลและรายงานแพทย์ทันที

2. ใส่ระวางและติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง จากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมง ร่วมกับประเมินภาวะขาดเลือดของขา โดยประเมินจากความแรงของชีพจรปลายขาทั้ง 2 ข้าง รวมทั้งสังเกตผิวหนังบริเวณขาและปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง หากมีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

3. อธิบายผู้ป่วยให้นอนราบ ห้ามงอสะโพกข้างที่ทำหัตถการ ไม่ยกศีรษะขึ้นสูงเกิน 30 องศา โดยผู้ป่วยสามารถนอนตะแคงได้ แต่ต้องให้ขาข้างที่ทำหัตถการเหยียดตรงจนครบเวลา 6-8 ชั่วโมง หรือตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

4. หากผู้ป่วยจะไอหรือจาม แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยใช้มือกดแผลที่ขาหนีบ เพื่อป้องกันไม่ให้แผลเลือดออก

5. แนะนำผู้ป่วย หากรู้สึกเหมือนมีน้ำอุ่น ๆ และบริเวณขาหนีบ หรือรู้สึกว้าวแผลบริเวณขาหนีบบวมขึ้น ให้รีบแจ้งพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดหลัง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดหลัง และดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

2. อธิบายถึงความสำคัญของการนอนราบ ไม่ออกกำลังกายที่ทำหัตถการแก่ผู้ป่วยและญาติ

3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยสามารถยับยั้งขาข้างที่ทำหัตถการได้ในแนวราบ สามารถยับยั้งปลายเท้า และงอขาข้างที่ไม่ได้ทำหัตถการได้

4. จัดท่านอนให้สบาย โดยไม่ให้ศีรษะสูงเกิน 30 องศา สามารถจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงได้ โดยระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยงอสะโพกข้างที่ทำให้เกิดการ

5. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อบรรเทาอาการปวด

การให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต โดยพยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ดังนี้¹¹

1. ผู้ป่วยจะได้รับการปิดแผ่นเทปใสปิดแผลกันน้ำ สามารถอาบน้ำได้ หลีกเลี่ยงการแช่น้ำ และให้ปิดแผ่นเทปใสปิดแผลกันน้ำ 3 วัน หรือตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

2. แนะนำหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายข้างที่ทำให้เกิดการประมาณ 1 สัปดาห์

3. สังเกตบริเวณแผลที่ขาหนีบข้างที่ทำให้เกิดการ หากแผลมีเลือดออก หรือมีก้อนเลือดบริเวณแผล ให้กดห้ามเลือด หากเลือดไม่หยุดไหล แนะนำให้รีบไปพบแพทย์

4. การรับประทานยา ภายหลังการทำหัตถการ ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยา Aspirin ในช่วงระยะเวลาหนึ่งตามที่แพทย์พิจารณา¹³ และแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ห้ามหยุดรับประทานยาเอง หลีกเลี่ยงการรับประทานร่วมกับยาแก้ปวดหรือแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับประทานยา เช่น จุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ผื่นลมพิษ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดมวนท้อง หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หากพบอาการผิดปกติดังกล่าวให้มาพบแพทย์

5. การรับประทานอาหาร ภายหลังทำหัตถการ ผู้ป่วยต้องจำกัดการรับประทานโซเดียมในแต่ละวันไม่ให้เกิน 2,000 มิลลิกรัม เช่น บริโภคเกลือแกงไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน, น้ำปลาหรือซีอิ๊วขาวไม่เกิน 3-4 ช้อนชาต่อวัน

6. การมาพบแพทย์ตามนัด แพทย์จะนัดผู้ป่วย มาตรวจติดตามอาการในช่วงหลังทำหัตถการ

7. อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ บริเวณแผลปวดบวม แดง มีสารคัดหลั่งซึมออกมาผิดปกติ

8. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ แต่ไม่ควรหักโหมจนเกินไป

บทบาทการพยาบาลในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยาบางรายไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แม้จะรับประทานยาลดความดันโลหิตในขนาดที่เหมาะสมแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยบางกลุ่มยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดความดันโลหิตหลายชนิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่อง นอกจากการรักษาโดยการทำการหัตถการแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ในระยะยาว

1. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรควบคุมค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ให้อยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตร.ม. ซึ่งการลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัม จะช่วยลดทั้ง SBP และ DBP ลงประมาณ 1 mmHg นอกจากนี้ควรมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทยผู้ชายควรมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว และในผู้หญิงเส้นรอบเอวไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้ว^{9,12}

1.2 การจำกัดการรับประทานอาหารเค็ม ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ผู้ป่วยควรควบคุมการรับประทานโซเดียมในแต่ละวันไม่ให้เกิน 2,000 มิลลิกรัม เช่น บริโภคเกลือแกงไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน, น้ำปลาหรือซีอิ๊วขาวไม่เกิน 3-4 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งจะมีปริมาณโซเดียมประมาณ 350-500 มิลลิกรัมต่อช้อนชา และผงชูรสไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งมีปริมาณโซเดียมประมาณ 500 มิลลิกรัม และจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (meta-analysis) ได้สรุปผลมาว่า การรับประทานโซเดียมที่น้อยกว่า 100 มิลลิโมลหรือเทียบเท่ากับเกลือ 5.8 กรัม/วัน จะช่วยลดค่าเฉลี่ยของ SBP และ DBP ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ประมาณ 5 และ 2 mmHg ตามลำดับ⁹ โดยผู้ป่วยสามารถลดการรับประทานโซเดียมได้โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแปรรูป ลดการใส่เครื่องปรุงในการประกอบอาหาร และลดการปรุงเครื่องปรุงเพิ่มเติม

1.3 การรับประทานโพแทสเซียม

โพแทสเซียมในอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตและโรคความดันโลหิตสูง แหล่งอาหารที่มีโพแทสเซียมได้แก่ ผัก ผลไม้ เนื้อปลา เนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ซึ่งสามารถทำได้จากการรับประทานอาหารตามแนวทางหลักบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH)¹¹

1.4 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย 150 นาทีต่อสัปดาห์ สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ถึง 6%¹¹ โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ถึง 5-8 มิลลิเมตรปรอท¹¹ จากคำแนะนำของแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 แนะนำให้ออกกำลังกายในรูปแบบแอโรบิกอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ โดยสามารถเลือกกระดัดความหนักของการออกกำลังกายได้ตามนี้⁹

1.4.1 ระดับปานกลาง หมายถึง การออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดของแต่ละอายุ หรือ Maximum heart rate (อัตราชีพจรสูงสุดของแต่ละอายุ = 220-อายุในหน่วยปี) โดยระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 150 นาที ตัวอย่างการออกกำลังกายในระดับนี้ เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิกแบบเบา ๆ

1.4.2 ระดับหนักมาก หมายถึง การออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดของแต่ละอายุ โดยระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที

การออกกำลังกายแบบการเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่หรือการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric exercises) เช่น การยกน้ำหนัก การออกแรงดันผนังกำแพง การออกแรงบีบลูกบอล อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นไป ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกายในรูปแบบนี้ นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มดังต่อไปนี้ควรออกกำลังกายภายใต้การแนะนำจากแพทย์

1) ค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

2) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือหายใจไม่

สะดวกเวลาออกแรง

- 3) มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- 4) มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
- 5) เป็นโรคเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ระดับน้ำตาลได้ดี

- 6) มีภาวะป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ
- 7) มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อัมพฤกษ์

ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น⁹

1.5 การจำกัดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ในผู้ป่วยที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่ม หากผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ แนะนำให้ผู้ป่วยลดปริมาณในการดื่ม หรือเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยผู้ขายไม่ควรได้รับเกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในผู้หญิงไม่ควรเกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน⁹ ซึ่งปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานหมายถึง เครื่องแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม หากผู้ป่วยอยากเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเทคนิค 10 วิธี เลิกดื่มสุราด้วยตนเองจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดังนี้

1. ตั้งใจจริง ถึงจะเลิกลำบากแต่ก็ต้องเลิกได้
2. มีเป้าหมายว่าจะเลิกเพื่อใคร พ่อ แม่ ลูก หรือคนที่คุณรัก
3. ใจแข็ง หักห้ามใจไม่ดื่มเมื่อเข้างานสังคม
4. กำหนดเป้าหมาย ลดปริมาณการดื่มในแต่ละวัน

แต่ละวัน

5. ค่อย ๆ ปรับนิสัยการดื่มลดลงทีละน้อย

จนเลิกได้

6. หลีกเลี่ยงสถานที่เสี่ยง เช่น ผับบาร์ และเพื่อนที่ดื่มเหล้า

7. ทำกิจกรรมอื่น เช่น เล่นกีฬา ทำบุญ แทนการไปปาร์ตี้

8. ฝึกปฏิเสธให้เป็นเมื่อถูกชวนดื่ม
9. ปรึกษาครอบครัวเพื่อหากำลังใจ
10. ปรึกษาหน่วยงานที่ช่วยเหลือเรื่อง

การเลิกเหล้า เช่น ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (1413 สายด่วนเลิกเหล้า)

1.6 การเลิกสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ช่วยเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค

หัวใจและหลอดเลือด และสามารถทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้จากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นเวลานาน รวมถึงส่งผลให้ยาลดความดันโลหิตบางชนิดออกฤทธิ์ลดลง ดังนั้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากเลิกสูบบุหรี่ โดยสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยรับบริการคำปรึกษาฟรี จากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) หรือโทรศัพท์ติดต่อหมายเลข 1600 สายเลิกบุหรี่ หรือสามารถขอรับบริการผ่านทางเว็บไซต์ของ ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (www.thailand-quitline.or.th)^{9,11}

1.7 การจัดการความเครียด

ความเครียดจะส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และอะดรีนาลีน (Adrenaline) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การจัดการความเครียดหรือการผ่อนคลายความเครียดจึงสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้¹¹ โดยสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสวดมนต์ ไหว้พระ การนั่งสมาธิ การเล่นโยคะ เป็นต้น

1.8 การหลีกเลี่ยงมลภาวะทางเสียงและอากาศ

จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งยุโรปปี 2566 (ESH Guidelines for the management of arterial hypertension 2023) ได้กล่าวว่า การสัมผัสกับมลภาวะทางเสียงและอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อความเครียด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดการสัมผัสกับมลภาวะทางอากาศ เช่น PM 2.5 ได้โดยการเปลี่ยนสถานที่หรือประเภทของการทำกิจกรรมกลางแจ้ง และพยายามลดการสัมผัสกับมลภาวะทางเสียงและอากาศภายในอาคารด้วย¹¹

2. การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถเข้าถึง เข้าใจการใช้ข้อมูลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น มีการแนะนำ website, สื่อสุขภาพ¹⁴

3. การสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วย โดยให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยา รวมถึงการช่วยสนับสนุนผู้ป่วยในการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว¹⁵

สรุป

การจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต (Renal denervation) เป็นหัตถการที่มีการรุกรานร่างกาย (invasive) น้อย ภายหลังทำการหัตถการผู้ป่วยจะมีแผลขนาดเล็ก และสามารถกลับบ้านได้ภายในระยะเวลา 1-2 วัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยาที่ได้รับการการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการทำหัตถการ รวมถึงสร้างสมรรถนะให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และจากความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติหรือคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบดื้อยาที่ได้รับการการจี้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไต เพื่อนำมาสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, Brook RD, Daugherty SL, Dennison-Himmelfarb CR, et al. Resistant hypertension: detection, evaluation, and management: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2018;72(5):e53-e90.
2. Gupta A, Prince M, Bob-Manuel T, Jenkins JS. Renal denervation: alternative treatment options for hypertension? *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2020;63(1):51-7.
3. Rodriguez-Leor O, Segura J, García Donaire JA, Gutiérrez-Ibañes E, Oliveras A, Mediavilla JD, et al. Renal denervation for the treatment of resistant hypertension in Spain. The Flex-Spyral Registry. *Revista espanola de cardiologia (English Edition)*. 2020;73(8):615-22.

4. Barbato E, Azizi M, Schmieder RE, Lauder L, Bohm M, Brouwers S, et al. Renal denervation in the management of hypertension in adults. A clinical consensus statement of the ESC Council on Hypertension and the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *European heart journal*. 2023;44(15):1313-30.
5. Bakris GL, Sorrentino MJ. Systemic hypertension: mechanisms, diagnosis, and treatment. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Bhatt DL, Solomon SD, editors. *Braunwald's heart disease: textbook of cardiovascular medicine*. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021.
6. Division of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health of Thailand. Annual report 2022. Nonthaburi, Thailand: Department of Disease Control; 2022. (in Thai)
7. Kaewmahakan O, Yucharoen D. Depression: an important mental health problem among elderly with hypertension. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019;6(3):237-45. (in Thai)
8. Songwatthanayuth P, Sirikulwiwat J. Storyline for health promoting in persons with hypertension. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(3):72-8. (in Thai)
9. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Bangkok, Thailand: Thai Hypertension Society; 2019. (in Thai)
10. Katsurada K, Shinohara K, Aoki J, Nanto S, Kario K. Renal denervation: basic and clinical evidence. *Hypertension research*. 2022;45(2):198-209
11. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of Hypertension*. 2023;41(12):1874-2071.
12. Tuck P, Krenzischek DA. Pre- and Post-procedure nursing care. In: Gross KA, editor. *Advanced practice and leadership in radiology nursing*. Cham: Springer; 2020.
13. Schmieder R, Burnier M, East C, Tsioufis K, Delaney S. Renal Denervation: A practical guide for health professionals managing hypertension. *Interventional cardiology*. 2023;18:e06.
14. Ponsawat R. Lifelong learning for promoting health literacy among the elderly in Thai society. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(3):54-61. (in Thai)
15. Magteppong W, Nanudorn A, Pounsamai P. The development of the pattern of family roles in caring for elderly persons with hypertension through family participation. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2022; 33(2):101-16. (in Thai)

การป้องกันสำลีและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร: การพัฒนาความเสี่ยงในห้องคลอด

Prevention of Retained Vaginal Swabs After Childbirth: Development of a Risk Management System in the Delivery Room

นัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง* สุกัญญา คำนวน

Nutty Pornmalairungruang* Sukunya Kumnuan

โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

Ramadhibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol
University, Samutprakan, Thailand, 10540

บทคัดย่อ

สำลีและผ้าก๊อชที่ตกค้างในช่องคลอดหลังจากการคลอดบุตรเป็นความเสี่ยงที่สำคัญต่อสตรีหลังคลอด อาจนำไปสู่การติดเชื้อและความเครียดทางจิตใจ บทความวิจัยนี้ได้ปรับปรุงพัฒนาและดำเนินการตามโปรโตคอลที่ออกแบบมาเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดสำลีและผ้าก๊อชตกค้าง ผ่านการวิเคราะห์อย่างละเอียดจากกรณีผู้ป่วยที่ประสบปัญหาสำลีตกค้างหลังการคลอด การศึกษานี้ได้ระบุปัจจัยสำคัญภายในกระบวนการทางการแพทย์และประสิทธิภาพของแนวทางการนับและการตรวจสอบ นอกจากนี้ยังได้ปรับใช้ระบบการนับสำลีและผ้าก๊อชที่ใช้ในกระบวนการผ่าตัดทั่วไป มาปรับใช้ในกระบวนการคลอดบุตร ซึ่งผลการศึกษพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์ของสำลีและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร

คำสำคัญ : สำลีหรือผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร, การพัฒนาระบบความเสี่ยง

Abstract

Retained Vaginal Swabs After Childbirth pose significant risks to postpartum women, potentially leading to infections and psychological distress. This research article refines and implements protocols designed to reduce the risk of vaginal swab retention. Through detailed analysis of patient cases with retained vaginal swabs post-delivery, the study identifies key factors in the medical process and evaluates the effectiveness of counting and inspection methods. Furthermore, it adapts the counting system, typically used in general surgical procedures, for application in childbirth. The study finds that this adaptation effectively reduces the incidence of retained vaginal swabs after childbirth.

Keywords: Retained Vaginal Swabs After Childbirth, Development of a Risk Management System

บทนำ

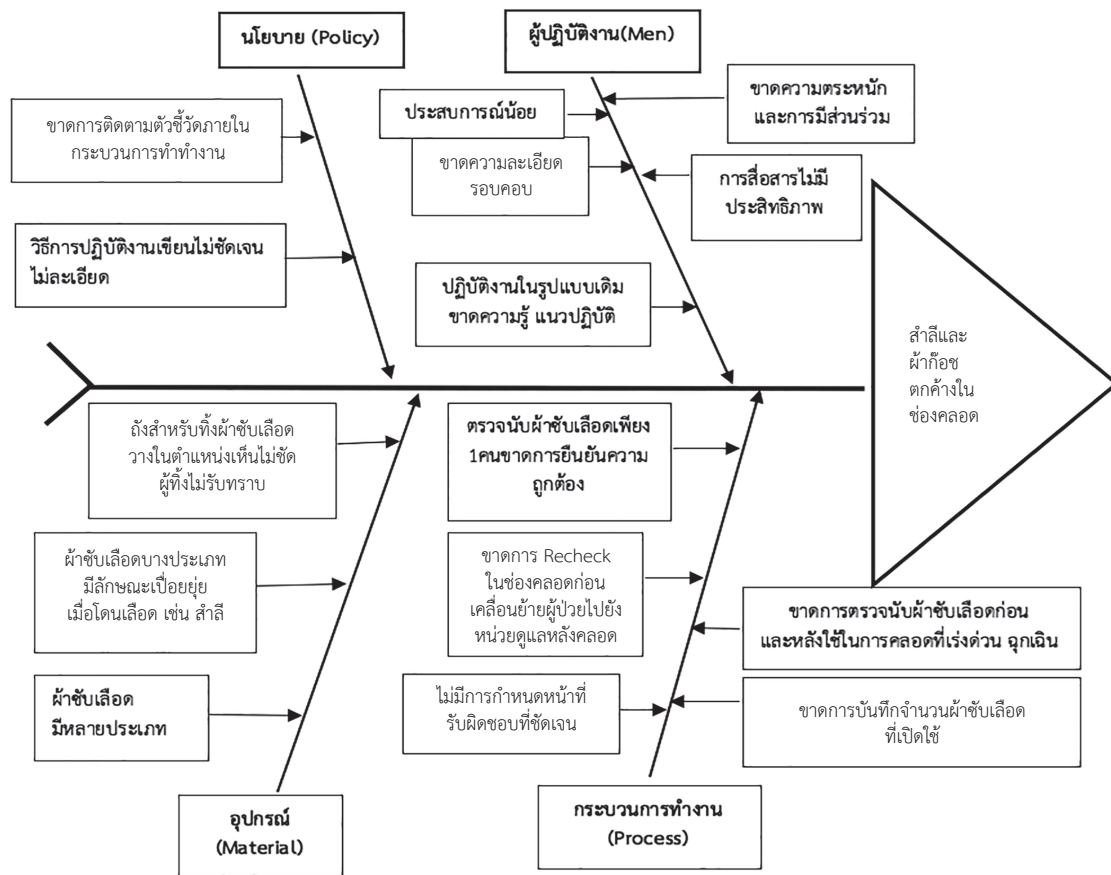
การนับสำลีและผ้าก๊อช (Swabs) อย่างเป็นทางการ (Formal Swab Count) ในขณะทำฝึบบริเวณช่องคลอดไม่ใช่วิธีปฏิบัติมาตรฐานเนื่องจากพื้นที่ผ่าตัดมีความชัดเจนและไม่มีช่องว่างที่สำลีจะหลุดหายไปได้อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ต้องหยุดเลือดจากมดลูกหรือส่วนบนของช่องคลอด อาจจำเป็นต้องวางสำลีบริเวณลึกในช่องคลอด เพื่อดูดซับเลือดและดันอวัยวะข้างเคียงเพื่อความสะดวกขณะเย็บแผลฝีเย็บ¹ การตกค้างของสำลีและผ้าก๊อช (Swabs) ในช่องคลอดหลังคลอดบุตรเป็นอุบัติการณ์ที่น่าสนใจ ในต่างประเทศมีการรวบรวมการรายงานอุบัติการณ์ใน Joint Commission Sentinel Event Database ระยะเวลา 5 ปี (1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2560) พบการรายงานการตกค้างของ Swabs จำนวน 319 รายงาน และพบว่ารายงานดังกล่าวเกิดในห้องคลอดร้อยละ 32.7 ซึ่งเป็นอันดับสองรองจากห้องผ่าตัด² การตกค้างดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงเรื่องความมั่นใจในการรักษาของผู้รับบริการ และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมาย³ จากการศึกษาความผิดพลาดในการตรวจนับเครื่องมือ ของมีคม และผ้าซับเลือด เกิดจากหัตถการซับซ้อน ขั้นตอนการตรวจนับที่ไม่ชัดเจน ขาดแนวนโยบายการปฏิบัติ และบุคลากรละเลยขั้นตอน ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดและความเสียหาย^{3,4} บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและพัฒนามาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการนับและการตรวจสอบในขั้นตอนการคลอด เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

ขอบเขตของเรื่อง

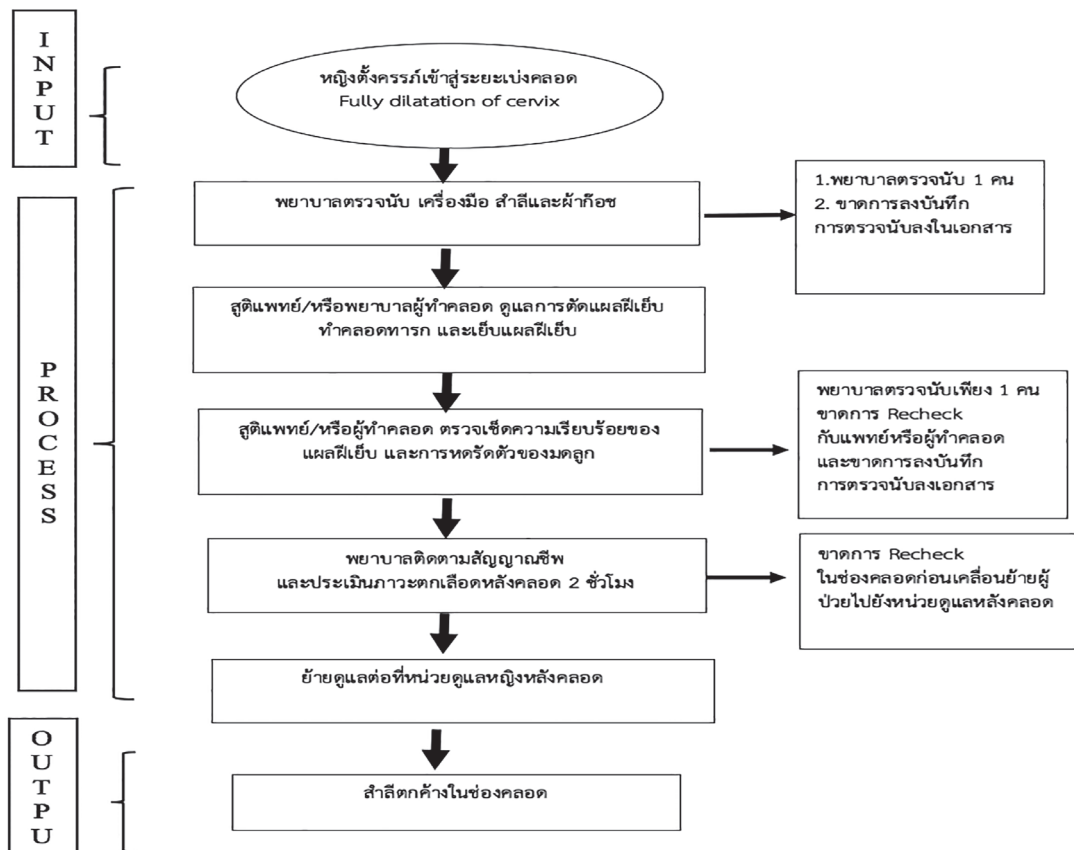
กรณีศึกษาการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการเกิดผ้าซับเลือดค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตรนี้ เป็นรายงานการศึกษาจากห้องคลอดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยข้อมูลได้จากการรายงานอุบัติการณ์ผิดปกติในห้องคลอด แบบบันทึกทางการพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วย แผนการพยาบาล และการติดตามข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษในช่วงเวลาดังกล่าว

เนื้อเรื่อง กรณีศึกษา

หญิงไทยหลังคลอดวัย 24 ปี อาชีพพนักงานสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ ดัชนีมวลกาย 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m^2) อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (G2P1) มาคลอดด้วยภาวะฉุกเฉินเนื่องจากเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น และน้ำคร่ำเดินปากมดลูกขยาย 9 เซนติเมตร ใช้เวลาการเบ่งคลอดจนศีรษะของทารกปรากฏ 5 นาที ได้ทารกหญิงน้ำหนักแรกคลอด 3,140 กรัม และคะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิดแอปการ (APGAR) ในนาทีที่ 1,5 และ 10 เท่ากับ 9,10,10 ตามลำดับ ระหว่างการคลอดมีการตรวจนับสำลีและผ้าก๊อชตามกระบวนการทำงานตามที่แสดงในรูปที่ 2 เมื่อกระบวนการคลอดและเย็บฝีเย็บเสร็จสิ้น สังเกตอาการมารดาหลังคลอดไม่พบอาการตกเลือด มดลูกมีการหดตัวดี และมารดาให้คะแนนความปวดแผล 3/10 คะแนน ผลฝีเย็บไม่มีเลือดซึม และมีวามผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ชีพจรอยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังจากการสังเกตอาการครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้ย้ายไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยในแม่หลังคลอด และเมื่อผู้ป่วยลุกเข้าห้องน้ำก็พบก้อนเลือดหลุดออกมาจากช่องคลอด ได้แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และแพทย์ตามลำดับ แพทย์ให้ส่งก้อนเลือดดังกล่าวไปวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์สรุปเป็นสำลี ทางหอผู้ป่วยในแม่หลังคลอดได้แจ้งห้องคลอดเกี่ยวกับรายงานอุบัติการณ์ และทางห้องคลอดได้วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดสำลีและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร ดังแสดงในรูปที่ 1 ด้วยแผนภูมิแกงปลา และวิเคราะห์กระบวนการทำงานในห้องคลอด ดังแสดงในรูปที่ 2



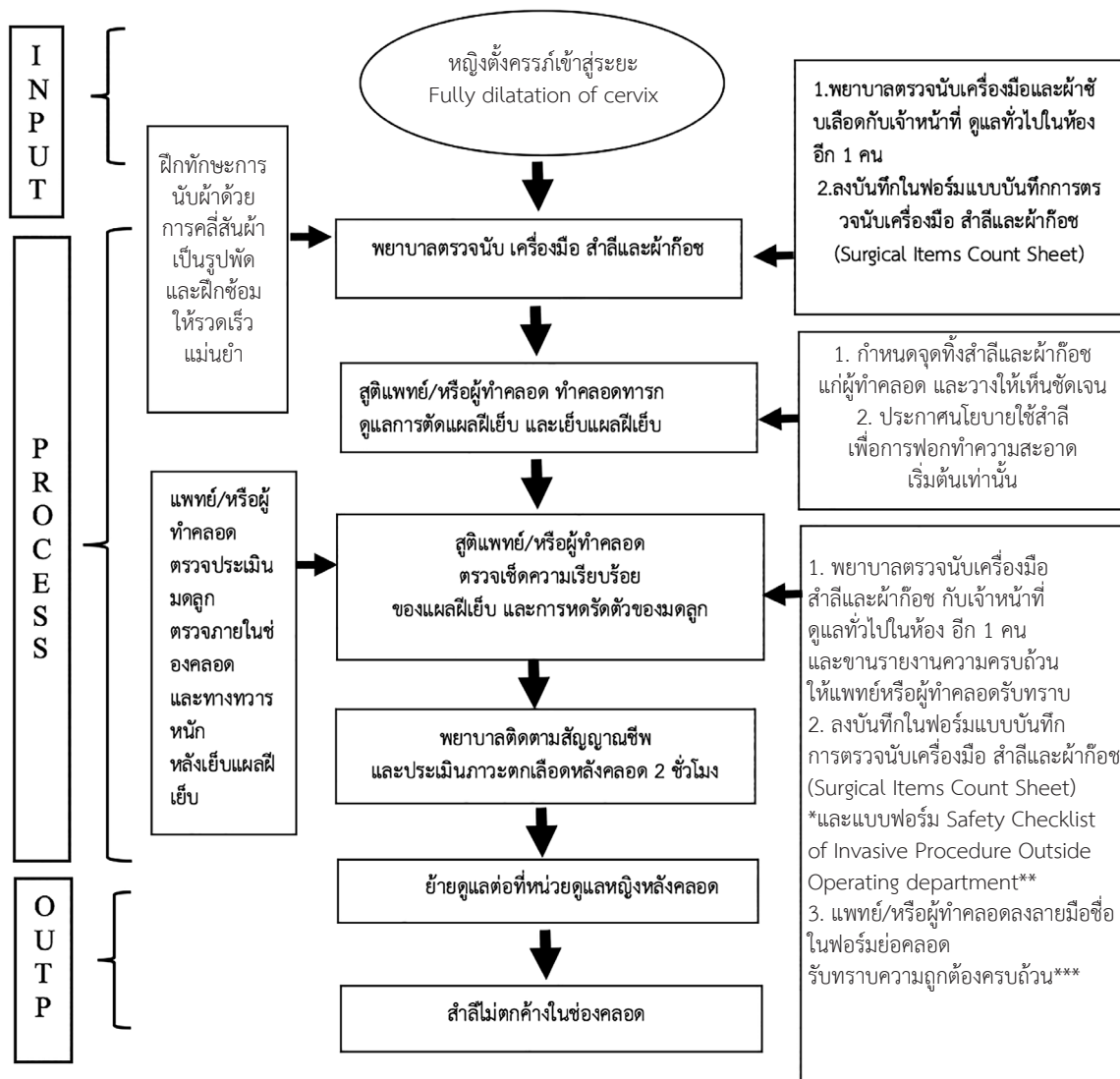
รูปที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วยแผนภูมิแกงปลา เกี่ยวกับการเกิดสำลีและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร



รูปที่ 2 กระบวนการทำงาน : การตรวจนับสำลีและผ้าก๊อชในกระบวนการคลอดทางช่องคลอด เดิมก่อนปรับปรุง

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้หน่วยห้องคลอดได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ โดยจัดทำกระบวนการทำงาน (Work Flow) ใหม่ ปรับกระบวนการทำงานและวิธีการตรวจนับเครื่องมือ สำลี ผ้าก๊อช และของมีคมให้เป็นไปตามมาตรฐานการผ่าตัดทั่วไป ดังที่แสดงในรูปที่ 3 โดยกำหนดบทบาทของพยาบาลผู้ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ และพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลทั่วไป โดยกำหนดให้ชัดเจน ได้แก่ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือจะตรวจนับเครื่องมือ สำลี ผ้าก๊อช และยืนยันความถูกต้องกับพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลทั่วไปก่อนนำส่งให้แพทย์ผู้ทำคลอด⁷ โดยใช้เทคนิคการคลี่เส้นผ้าเป็นรูปพัดและฝึกซ้อมให้รวดเร็วแม่นยำในภาวะคลอดฉุกเฉิน พยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลทั่วไปจะลงบันทึกในฟอร์มการตรวจนับเครื่องมือ (Surgical Items Count Sheet) ทั้งก่อนและหลังโดยการตรวจนับแบ่งเป็นสามระยะ ได้แก่ 1) ระยะเบ่งคลอด 2) หลังการเย็บฝีเย็บ

และ 3) ก่อนผู้ป่วยเคลื่อนย้ายจากห้องคลอด ในแต่ละระยะที่มทำงานจะทวนสอบและนับเครื่องมือร่วมกัน และถ้ามีการสอดใส่สำลีในช่องคลอด จะมีขั้นตอนการขานและแจ้งให้ทีมภายในห้องรับทราบและลงข้อมูลในฟอร์มการตรวจนับเครื่องมือ^{9,10} ด้านอุปกรณ์ ได้นำนโยบายการใช้ผ้าซับเลือดที่มีเส้นด้ายทึบแสงสำหรับการตรวจสอบด้วยเอ็กซเรย์ และจำกัดการใช้สำลีให้ใช้เฉพาะขั้นตอนการฟอกทำความสะอาดภายนอกและสวนปัสสาวะเท่านั้น ด้านพยาบาล ผู้ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือต้องเก็บรวบรวมสำลีส่งคืนให้เจ้าหน้าที่ดูแลทั่วไปแยกนับ ไม่วางปะปนกับผ้าก๊อชชนิดอื่น ในขณะที่ทำคลอดและเย็บแผลฝีเย็บหรือขณะตรวจภายในช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการตกค้างของสำลีและผ้าก๊อช และเพิ่มความมั่นใจในความถูกต้องและความปลอดภัยในกระบวนการทำงาน^{11,12}



รูปที่ 3 กระบวนการทำงาน : การตรวจนับ สำลีและผ้าก๊อชในกระบวนการคลอดทางช่องคลอด หลังปรับปรุง

สรุปผลการพัฒนาระบบความเสี่ยงในห้องคลอด

ภายหลังจากปรับปรุงกระบวนการทำงาน ทางห้องคลอดได้ติดตามตัวชี้วัดในผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอดทางช่องคลอดระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งสิ้น 1,102 ราย ไม่พบการเกิดอุบัติการณ์ของสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกาย นอกจากนี้ อัตราการปฏิบัติตามนโยบายของทีมทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล พบว่าการปฏิบัติตามนโยบายอยู่ที่ร้อยละ 98.75 อย่างไรก็ตาม สาเหตุหลักของการไม่ปฏิบัติตามนโยบาย คือ แพทย์ และเจ้าหน้าที่ใหม่ที่ยังไม่คุ้นเคยกับแนวทางปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรผ่านการฝึกอบรม¹³ เพื่อให้ทุกคนในทีมทางการแพทย์มีความรู้และความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันสิ่งแปลกปลอมที่อาจตกค้างในกระบวนการคลอดทางช่องคลอด และมุ่งเน้นที่การสร้าง ความรับผิดชอบและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย 100 เปอร์เซ็นต์

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล ประจำห้องคลอด คณะกรรมการทีมนำทางคลินิกสูติ นรีเวชวิทยา ผู้มีส่วนปรับปรุงกระบวนการการทำงาน และขอบคุณผู้บริหาร ฝ่ายการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อนุญาตให้ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ

References

1. Lamont T, Dougall A, Johnson S, Mathew D, Scarpello J, Morris E. Reducing the risk of retained swabs after vaginal birth: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency, British Medical Journal. 2010;341:c3679
2. Steelman VM, Shaw C, Shine L, Hardy-Fairbanks AJ. Retained surgical sponges: a descriptive study of 319 occurrences and contributing factors from 2012 to 2017, Patient Safety in Surgery. 2018;12(1):1-8.

3. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery, New England Journal of Medicine. 2003; 348(3):229-35.
4. Agrawal A. Counting matters: lessons from the root cause analysis of a retained surgical item, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2012;38(12):566-74.
5. Egorova NN, Moskowitz A, Gelijns A, Weinberg A, Curty J, Rabin-Fastman B, et al. Managing the prevention of retained surgical instruments: what is the value of counting? Annals of surgery. 2008;247(1):13-8.
6. Lutgendorf MA, Schindler LL, Hill JB, Magann EF, O'Boyle JD. Implementation of a protocol to reduce occurrence of retained sponges after vaginal delivery. Military medicine. 2011; 176(6):702-4.
7. Recommended practices for sponge, sharp, and instrument counts. AORN Recommended Practices Committee. Association of Perioperative Registered Nurses.1999;70(6):1083-9.
8. Cima RR, Kollengode A, Clark J, Pool S, Weisbrod C, Amstutz G. J, et al. Using a data-matrix-coded sponge counting system across a surgical practice: impact after 18 months, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2011;37(2):51-8.
9. Mahran MA, Toeima E, Morris EP. The recurring problem of retained swabs and instruments. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2013;27(4):489-95.
10. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA. The retained surgical sponge, Annals of Surgery. 1996; 224(1):79-84.

11. Chagolla BA, Gibbs VC, Keats JP, Pelletreau B. A system-wide initiative to prevent retained vaginal sponges, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 2011;36(5):312-7.
12. Lutgendorf MA, Schindler LL, Hill JB, Magann EF, O'Boyle JD. Implementation of a protocol to reduce the occurrence of retained sponges after vaginal delivery, Military Medicine. 2011;176(6):702-4.
13. Tamarpirat N. and Oumtanee A. Being A Newly Graduated Nurse Working Under Supervision of a Mentor. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(Supp):32-9. (in Thai)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเครื่อง สแกนแม่เหล็กไฟฟ้าภายใต้การระงับความรู้สึก

The Role of Nurses in Caring for Patients Undergoing Magnetic Resonance Imaging (MRI) under Anesthesia

ธารทิพย์ สุวัฒนานนท์กิจ* วิชชุดา ฤทธิสำเร็จ ธัญสุดา บุญเยี่ยม

Tarntip Suwatananonthakij* Witchuda Ritsamrej Tansuta Boonyam

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

MRI (Magnetic resonance imaging) เครื่องตรวจสแกนแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ปัจจุบันนำมาใช้ในการตรวจวินิจฉัยอย่างแพร่หลาย เนื่องจากภาพที่ได้มีความละเอียดสูง แต่ด้วยลักษณะของเครื่องที่แคบคล้ายอุโมงค์ ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถดำเนินการตรวจได้ จำเป็นต้องได้รับการระงับความรู้สึกระหว่างตรวจ พยาบาลประจำห้องMRI มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากเป็นผู้ให้การพยาบาลครอบคลุมทุกระยะการตรวจ และจำหน่ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย การพยาบาลก่อนตรวจนั้นมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในระยะระหว่างตรวจการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดการตรวจ ภาพที่ได้มีคุณภาพ แพทย์สามารถแปลผลและวางแผนการรักษาได้อย่างแม่นยำ การพยาบาลหลังตรวจมุ่งเน้นไปที่การฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ และการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมสำหรับการจำหน่าย บทความนี้นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่รับการตรวจเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้าภายใต้การระงับความรู้สึก โดยครอบคลุมการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นมาตรฐานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: การตรวจสแกนแม่เหล็กไฟฟ้า, บทบาทพยาบาล, การระงับความรู้สึก

Abstract

MRI (Magnetic Resonance Imaging) is diagnostic medical imaging equipment widely used nowadays due to its high-resolution images. However, the tunnel-like structure of the machine can cause some patients to be unsuccessful in the examination and need for sedation. MRI nurses play a crucial role in these patients by providing comprehensive nursing care throughout the examination process until discharge. Nursing care before the examination focuses on preparing the patient physically and mentally for the examination. During the examination, being aware of the patient's condition changes and complications are essential to ensure patient safety and get high-quality images to interpret results accurately and plan treatment effectively.

Nursing care after the examination focuses on full recovery and preparing patients and families for discharge. This article presents nursing care for patients undergoing MRI scans under sedation, covering standardized nursing process to achieve the best outcomes for patients.

Keywords: MRI examination, role of nurses, anesthesia

บทนำ

MRI (Magnetic resonance imaging) เครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ สามารถตรวจอวัยวะได้ทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งปัจจุบันได้มีการนำ MRI มาใช้ระบุตำแหน่งของอวัยวะที่ทำการรักษา ตัวอย่างเช่น MRI Guided Focused Ultrasound (MRgFUS) for tremor treatment คือ การรักษาโรคสั่นไม่ทราบสาเหตุ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การใช้ภาพ MRI นำทางนั้นทำให้แพทย์ระบุตำแหน่งของ รอยโรคที่จะทำการรักษาได้อย่างแม่นยำระดับมิลลิเมตร เนื้อเยื่อสมองรอบๆ รอยโรคไม่ถูกทำลายขณะทำการรักษา¹ การตรวจ MRI นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือในการตรวจจากผู้ป่วย ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถนอนนิ่งได้หรือผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคกลัวที่แคบ (Claustrophobia) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ เช่น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยที่มีอาการปวด เพื่อให้การตรวจ MRI สำเร็จ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการระงับความรู้สึกขณะตรวจ พยาบาลประจำห้อง MRI ต้องมีความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการตรวจด้วยเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังการตรวจ ทักษะในการสื่อสารและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ รังสีแพทย์ แพทย์เจ้าของไข้ ทีมวิสัญญีแพทย์ และนักรังสีทางการแพทย์ มีไหวพริบปฏิภาณในการประเมินสถานการณ์และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออุบัติเหตุ ได้ภาพที่มีคุณภาพ ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยและรักษาโรคได้อย่างแม่นยำ

หลักการทำงานของ MRI คือ ใช้คุณสมบัติแม่เหล็กของอะตอมไฮโดรเจน ที่อยู่ในโมเลกุลของน้ำในร่างกาย ซึ่งร่างกายมนุษย์ส่วนใหญ่ประกอบด้วยโมเลกุลของน้ำเป็นหลัก เมื่ออยู่ภายใต้สนามแม่เหล็กไฟฟ้า ร่วมกับการส่งสัญญาณคลื่นวิทยุที่มีความถี่จำเพาะ (Radiofrequency) เข้าไปกระตุ้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับพลังงาน ที่เรียกว่า การกำทอน

(Resonance) จากนั้น อะตอมของไฮโดรเจนเกิดการคายพลังงาน อุปกรณ์รับสัญญาณแปลงสัญญาณที่ได้เป็นภาพ² ข้อดีของ MRI คือ สร้างภาพที่มีความละเอียดสูง ผู้ป่วยปลอดภัยจากรังสีเอกซ์ เป็นวิธีการตรวจที่ Non invasive³

สารเปรียบเทียบบ้าง (Contrast Media) ที่ใช้ร่วมกับการถ่ายภาพด้วยเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า คือ Gadolinium-Based Contrast Media (GBCM) ฉีดผ่านทางเส้นเลือดดำเพื่อให้เกิดความแตกต่างระหว่าง รอยโรคกับอวัยวะข้างเคียง GBCM มีความปลอดภัยมากกว่า Iodinated contrast media³ รายงานผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของ GBCM ค่อนข้างน้อย ประมาณ 0.07%-0.8%^{4,5} ภาวะภูมิแพ้เฉียบพลันรุนแรงที่อาจถึงขั้นทำให้เสียชีวิต (anaphylactic reactions) ของ GBCM ประมาณ 0.01%⁵ แต่มีข้อพึงระวังในการใช้ GBCM ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ GBCM ขับออกจากร่างกายโดยผ่านไต ในผู้ป่วยที่การทำงานของไตปกติ ค่า Half life ของ GBCM คือ 90 นาที ในผู้ป่วยไตวาย ค่า Half life ของ GBCM อาจยาวนานไปได้มากกว่า 30 ชั่วโมง⁶ เมื่อ GBCM สะสมอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน อาจจะทำให้เกิด Nephrogenic Systemic Fibrosis (NSF) คือ ภาวะที่มีพังผืดตามอวัยวะในร่างกาย เริ่มแรกมีอาการที่ผิวหนัง โดยผิวหนังเริ่มหนา แข็งขึ้น และ/หรือคัน ซึ่งอาการและการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว เกิดข้อติดแข็ง และพังผืดเกาะตามอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น ปอด หลอดอาหาร หัวใจ อาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด⁶

ถึงแม้ว่า MRI มีประโยชน์ในหลายๆ ด้าน แต่มีข้อจำกัดบางประการที่ทำให้ผู้ป่วยตรวจไม่สำเร็จ เนื่องจากระยะเวลาในการตรวจค่อนข้างนาน^{7,8} ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจมีความแตกต่างกันไปตามอวัยวะส่วนตรวจ เช่น MRI Brain ใช้เวลาในการตรวจประมาณ 45-60 นาที ผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงตรวจซึ่งค่อนข้างแคบและ น่ากลัว ระหว่างที่เครื่องทำงานจะมีเสียงดังจากเครื่อง MRI (Acoustic Noise) โดยเสียงดังกล่าวก่อเกิดจากการเปิด-ปิดของสนามแม่เหล็กเชิงลาด

(Gradient Coil) อย่างรวดเร็ว เสียงที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปตามเทคนิคของการตรวจ⁷ ระดับความดังของเสียงสูงถึง 130 เดซิเบล⁹ ขณะตรวจการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่เป็นไปได้อย่างยาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย เกิดความวิตกกังวล ในการตรวจบางอย่าง เช่น การตรวจช่องท้อง ผู้ป่วยต้องควบคุมการหายใจตามที่เจ้าหน้าที่ร้องสีทางแพทย์บอก ทำให้ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ไม่ทำตามสั่ง

ไม่สามารถตรวจได้สำเร็จ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการระงับความรู้สึกตลอดการตรวจ

การระงับความรู้สึก (Anesthesia) คือ การทำให้ผู้ป่วยปราศจากความรู้สึก ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวขณะตรวจหรือทำหัตถการ ระดับของการระงับประสาท (Level of sedation/ Analgesia) แบ่งได้ 4 ระดับ ตามอาการแสดง รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับของการระงับประสาทแบ่งตามอาการแสดง¹⁰

อาการแสดง ระดับการระงับประสาท	การตอบสนอง ต่อสิ่งเร้า	สภาพ ทางเดินหายใจ	สภาพการหายใจ	การทำงานของระบบ ไหลเวียนเลือด
Minimal Sedation/ Anxiolysis	ตอบสนองต่อเสียง เป็นปกติ	ไม่ได้รับผลกระทบ	ไม่ได้รับผลกระทบ	ไม่ได้รับผลกระทบ
Moderate Sedation/ Analgesia (Conscious Sedation)	ตอบสนองต่อเสียง และการสัมผัส	ไม่ต้องช่วยหายใจ	หายใจได้เพียงพอ	อาจต้องช่วย ประคับประคอง
Deep Sedation/ Analgesia	ตอบสนองต่อ เสียงสนทนาต่างๆ การสัมผัสที่รุนแรง และอาจต้องทำซ้ำๆ	อาจต้องช่วย ประคับประคอง การหายใจ	บางครั้งอาจหายใจ ไม่เพียงพอ	อาจต้องช่วย ประคับประคอง
General Anesthesia	ไม่ตอบสนองต่อ การกระตุ้นใดๆ และการกระตุ้น ด้วยความปวด	ต้องช่วยหายใจ	หายใจไม่เพียงพอ	อาจทำงานลดลง ต้องช่วยเหลือ ประคับประคอง

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการตรวจด้วยเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้ามีดังนี้

ระยะก่อนเข้ารับการตรวจ

การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจด้วยเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้าภายใต้การระงับความรู้สึก จำเป็นต้องเข้านอนโรงพยาบาลล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ก่อนวันที่เข้ารับการตรวจเพื่อเตรียมความพร้อม การเตรียมตัวผู้ป่วยที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามแผนการรักษาที่วางไว้ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากร ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ก่อนวันตรวจ

1. ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยโดยประสานส่งต่อข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อวางแผนร่วมกับทีมวิสัญญีแพทย์และนักรังสีทางการแพทย์ในการเตรียมความพร้อมของห้อง MRI และอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน จัดลำดับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจ ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ควรได้รับการตรวจเป็นลำดับสุดท้ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยรายอื่น¹¹ และศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน ดังนี้

- ประวัติโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไต เนื่องจากการฉีดสารทึบยวนาแม่เหล็กไฟฟ้า (GBCM) ในผู้ป่วยโรคไต มีความเสี่ยงในการเกิด NSF ในกลุ่มผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ หอบหืด มีความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบยวนาแม่เหล็กไฟฟ้าได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป⁶

- ประวัติการผ่าตัดที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ตรวจสอบชนิดวัสดุ ของอุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ ประสาทหูเทียม ลิ้นหัวใจเทียม ตลอดจนสิ่งแปลกปลอมที่ฝังอยู่ตามร่างกายของผู้ป่วย เช่น กระสุนปืน เพื่อป้องกันการได้รับอันตรายจากสนามแม่เหล็กไฟฟ้า

- ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้า รายงานรังสีแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้สารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้า เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติแพ้สารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้ามีโอกาสแพ้สารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้าได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป 8 เท่า⁶

- ประวัติความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยบางรายที่มีประวัติประจำเดือนไม่ชัดเจน หรือมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ รายงานรังสีแพทย์เพื่อพิจารณาส่งตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ แม้ว่ายังไม่มีรายงานที่แน่ชัดเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการตรวจ MRI และการฉีดสารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้าต่อทารกในครรภ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์และความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งตรวจผู้ป่วยแต่ละราย¹²

2. ตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum creatinine, eGFR เพื่อป้องกันการเกิด NSF โดยในผู้ป่วยทุกรายต้องมีผล Serum creatinine ภายใน 1 สัปดาห์ รายงานรังสีแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีค่า $eGFR \leq 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$ รังสีแพทย์อาจพิจารณางดการฉีดสารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้าหรือปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อส่งตรวจวิธีอื่น

3. ตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ การงดน้ำและอาหารทุกชนิด ก่อนเข้ารับการตรวจ เพื่อป้องกันการสูดสำลักสารจากช่องปากหรือระบบทางเดินอาหารเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและปอด¹³

ในวันนัดตรวจ

ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยโดยประสานส่งต่อข้อมูล อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สัญญาณชีพก่อนส่งตรวจ ประสานงานกับทีมวิสัญญีแพทย์และนักรังสีทางการแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากร ห้องตรวจและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องตรวจมีขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม ชักประวัติผู้ป่วยและญาติ (ประวัติโรคประจำตัว, ประวัติการผ่าตัดของผู้ป่วย, ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้า, ประวัติความเสี่ยงต่อการ

ตั้งครรภ์, การงดน้ำและอาหารทุกชนิดก่อนตรวจ)

ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการทำแบบสอบถามคัดกรองความปลอดภัยในการตรวจเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI safety screening questionnaire) ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีสามารถตอบคำถามเองได้ ต้องตอบแบบสอบถามเองด้วยวาจาให้ครบทุกข้อ ผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องมีผู้ปกครองตอบคำถามแทนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบคำถามเองได้ ต้องมีญาติตอบคำถามแทนผู้ป่วย และลงนามเอกสารยินยอมเข้ารับการตรวจ

2. ดูแลตรวจสอบชุดที่ผู้ป่วยสวมใส่ รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ไม่ให้มีอุปกรณ์โลหะ เช่น ฟันปลอม กิ๊บติดผม เข็มกลัด โทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์การแพทย์ที่มีโลหะเป็นส่วนประกอบ เพื่อป้องกันอันตรายจากสนามแม่เหล็กไฟฟ้า

3. ชักประวัติและประเมินอาการ อาการแสดงของภาวะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยเด็ก (Upper respiratory infection: URI) เช่น ไข้ ไอแห้ง/ไอมีเสมหะ คัดจมูก น้ำมูกไหล รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อร่วมประเมินอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว เนื่องจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนขณะได้รับการระงับความรู้สึกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจระหว่างและหลังการได้รับการระงับความรู้สึก (perioperative respiratory adverse events: PRAEs) เช่น การหดเกร็งของสายเสียง (Laryngospasm) หลอดลมหดเกร็ง (Bronchospasm) ออกซิเจนในเลือดต่ำ (Desaturation)¹⁴ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หากพบผู้ป่วยมีความเสี่ยงดังกล่าว วิสัญญีแพทย์อาจจะพิจารณาเลื่อนวันตรวจ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

4. อธิบายขั้นตอนการตรวจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเพื่อลดความกังวลและให้ความร่วมมือในการตรวจและปฏิบัติตนได้ถูกต้องตลอดการตรวจ

5. ดูแลเปิดหลอดเลือดดำเพื่อเตรียมสำหรับการฉีดสารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้าด้วยเครื่องฉีดยาอัตโนมัติ โดยเลือกตำแหน่งในการเปิดหลอดเลือดดำที่เหมาะสมกับส่วนที่ตรวจและแผนการตรวจ มีการทดสอบ หลอดเลือดดำด้วย Normal Saline ให้มั่นใจก่อนการฉีด หากเกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยจะได้รับปริมาณสารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้าน้อยลง ส่งผลให้ภาพไม่ได้คุณภาพ รังสีแพทย์ไม่สามารถแปลผลได้ แม้ว่าการเกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำของสารเหนียวนมแม่เหล็กไฟฟ้าจะพบได้น้อย

มาก เมื่อเทียบกับสารทึบรังสีที่มีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เนื่องจากปริมาณที่ใช้ค่อนข้างน้อย แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกไม่สามารถบอกอาการผิดปกติขณะได้รับการฉีดสารทึบรังสีแม่เหล็กไฟฟ้าได้ การประเมินภาวะร่วซึมจึงทำได้ยาก

6. ประสานส่งต่อข้อมูลกับทีมวิสัญญีแพทย์และนักรังสีทางการแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมของห้องและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ

ระยะขณะเข้ารับการตรวจ

1. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้อง MRI ติดอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ สมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society of Anesthesiologists: ASA) กำหนดมาตรฐานในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก (Standards

for basic anesthetic monitoring)¹⁵ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ

- สภาพทางเดินหายใจ การแลกเปลี่ยนออกซิเจน สภาพการหายใจ โดยติด Pulse oximeter วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด วัดค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจขณะหายใจออกสุด (End-tidal carbondioxide)

- การทำงานของระบบไหลเวียนเลือด โดยติดเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ อย่างน้อยทุก 5 นาที

- อุณหภูมิกาย วัดอุณหภูมิ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กเล็ก ควรป้องกันอุณหภูมิกายต่ำด้วยการห่มผ้า ใส่หมวกคลุมศีรษะ และถุงเท้า



รูปที่ 1 MRI, เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องดมยาสลบที่เข้าห้อง MRI ได้

รูปที่ 2 จอแสดงผลติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยภายนอกห้อง MRI

ภาพถ่ายโดย พว. วาลวิชนี โต ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

2. ดูแลจัดทำในการตรวจร่วมกับทีมวิสัญญีแพทย์และนักรังสีทางการแพทย์ตามแผนการตรวจ ดูแลร่วมกับทีมวิสัญญีแพทย์ในการติดตามสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างตรวจ ขณะตรวจจะเกิดเสียงดังจากการทำงานของเครื่อง MRI เพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใส่อุปกรณ์ลดเสียงดัง (Earplugs)¹⁶ ตลอดการตรวจ

3. เตรียมสารทึบรังสีแม่เหล็กไฟฟ้า ตามแผนการตรวจของแพทย์ ก่อนการฉีดสารทึบรังสีแม่เหล็กไฟฟ้า ประสานงานกับทีมวิสัญญีเพื่อร่วมเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการแพ้สารทึบรังสีแม่เหล็กไฟฟ้า แบ่งเป็น 3 ระดับ⁶ ดังนี้

- Mild Reaction ระดับน้อย มีอาการเล็กน้อย และอาจไม่ต้องการการรักษาเพิ่มเติม เช่น อาการคัดจมูก จาม เยื่อบุตาอักเสบ น้ำมูกไหล คัน ผื่นลมพิษขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน Vasovagal reaction ที่หายไปตัวเอง

- Moderate Reaction ระดับปานกลาง อาการและอาการแสดงจะเด่นชัดมากขึ้นและมักต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ อาการอาจรุนแรงขึ้นได้หากไม่ได้รับการรักษา เช่น ลมพิษกระจาย คัน หน้าบวมแต่ไม่มีอาการหายใจลำบาก แน่นคอ หรือมีเสียงแหบแต่ไม่มีอาการหายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด หลอดลมหดเกร็ง พ่นออกซิเจนเล็กน้อยหรือ

ไม่มีเลย ความดันโลหิตสูงขึ้นมาก คลื่นไส้อาเจียนมาก Vasovagal reaction ที่ต้องการการรักษาเพิ่มเติม

- Severe Reaction ระดับรุนแรง อาการและอาการแสดงมักเป็นอันตรายถึงชีวิตและอาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตอย่างถาวรหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ได้แก่ ใบหน้าบวมร่วมกับหายใจลำบาก ผื่นแดงร่วมกับความดันโลหิตต่ำ กล้องเสียงบวม และ/หรือมีภาวะพร่องออกซิเจนหายใจมีเสียงหวีด หลอดลมหดเกร็งร่วมกับมีภาวะพร่องออกซิเจน Anaphylactic shock (ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว)

ก่อนการฉีดสารเหนียวนำแม่เหล็กไฟฟ้า ทำการทดสอบหลอดเลือดดำและตำแหน่งเข็ม ระหว่างและหลังฉีดสารเหนียวนำแม่เหล็กไฟฟ้า สังเกตและเฝ้าระวังการเกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำของสารเหนียวนำแม่เหล็กไฟฟ้า

4. เมื่อทำการตรวจเสร็จ ประเมินและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้อง MRI ประสานงานห้องดูอาการ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับดูอาการผู้ป่วยหลังตรวจ

ระยะหลังเข้ารับการตรวจ

ภายหลังการตรวจเป็นการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อการจำหน่ายอย่างปลอดภัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ¹⁷ ระยะที่ 1 มุ่งเน้นไปที่การฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์จากการระงับความรู้สึกและการกลับมาของ สัญญาณชีพให้ใกล้เคียงค่าพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย ระยะที่ 2 มุ่งเน้นไปที่การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลให้พร้อมสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการอธิบายและให้คำแนะนำหลังการตรวจ มีขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเมินอาการและสัญญาณชีพแรกรับผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก อ้างอิงจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ผู้ป่วยจะต้องได้รับการสังเกตและติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด การหายใจ การทำงานของระบบไหลเวียนเลือด ระดับความรู้สึกตัว และอุณหภูมิกาย¹⁸ ดังนั้นก่อนรับผู้ป่วยเข้าห้องดูอาการต้องมีการตรวจสอบอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน เช่น เครื่องติดตามสัญญาณชีพ อุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน อุปกรณ์ในการช่วยหายใจและอุปกรณ์ในการดูดเสมหะกรณีที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ

2. เฝ้าระวัง ติดตามสัญญาณชีพ และประสานงานกับทีมวิสัญญีทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ

3. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับสารเหนียวนำแม่เหล็กไฟฟ้า ได้แก่ การแพ้สารเหนียวนำแม่เหล็กไฟฟ้า ภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำของสารเหนียวนำแม่เหล็กไฟฟ้า เช่น บวม ตึง บริเวณที่ฉีดสารเหนียวนำแม่เหล็กไฟฟ้า หากพบว่าเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ ควรให้การดูแล ดังนี้ ยกบริเวณที่เกิดการรั่วซึมให้อยู่เหนือกว่าระดับหัวใจ 19 ประคบด้วยเจลเย็นเพื่อลดบวม พร้อมทั้งลงบันทึกทางการพยาบาล รายงานแพทย์ร่วมประเมินอาการ

4. อธิบาย พุดคุย กับญาติผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ซักถามถึงความก้าวหน้าของแผนการตรวจของผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวล

5. ประสานทีมวิสัญญีแพทย์ ร่วมประเมินเพื่อเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพใกล้เคียงกับเมื่อแรกรับก่อนการระงับความรู้สึก โดยใช้แบบประเมิน Modified Aldrete Scoring System^{17, 20} ช่วยในการประเมินก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งประเมินระดับออกซิเจนในเลือด, ระบบหายใจ, ระบบไหลเวียนโลหิต, ระดับความรู้สึกตัว และการเคลื่อนไหวร่างกาย

6. แนะนำการปฏิบัติตนภายหลังตรวจแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการตรวจ

- การสูดดมกลิ่นอาหาร เนื่องจากภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Postoperative nausea and vomiting) ซึ่งการระงับความรู้สึกโดยใช้ยาดมสลบ (Volatile anesthesia) การใช้ Nitrous oxide เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะนี้²¹ ดังนั้น แนะนำให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำต่อตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงดังกล่าว

- การแพ้สารเหนียวนำแม่เหล็กไฟฟ้า อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เฝ้าระวังอาการแพ้สารเหนียวนำแม่เหล็กไฟฟ้า⁴ เช่น อาการคัน ผื่นลมพิษขึ้น คัดจมูก หากพบอาการผิดปกติควรปรึกษาพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทันทีเพื่อรายงานแพทย์

- การพลัดตกหกล้ม เนื่องจากหลังได้รับการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยอาจจะมีระดับความรู้สึกตัวน้อยกว่าปกติ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักและป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การถือกล้อเตียง ยกวางกันเตียงขึ้น วางกริ่งเรียกขอความช่วยเหลือไว้ใกล้มือผู้ป่วย

7. ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 บทบาทของพยาบาลในแต่ละระยะการตรวจ

ก่อนเข้ารับการตรวจ	ขณะเข้ารับการตรวจ	หลังเข้ารับการตรวจ
- ตรวจสอบความพร้อมก่อนเข้ารับการตรวจของผู้ป่วย ชักประวัติและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตรวจ ประเมินสัญญาณชีพและรับรู้ - ตรวจสอบความพร้อมของห้องตรวจและอุปกรณ์ ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย	- ติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างเข้ารับการตรวจเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้าภายใต้การระงับความรู้สึก	- ดูแลผู้ป่วยให้มีการฟื้นตัวอย่างปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพใกล้เคียงค่าพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย - เตรียมความพร้อมสำหรับการจำหน่ายให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสนามแม่เหล็กไฟฟ้าภายใต้การระงับความรู้สึก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการรักษาผู้ป่วย พยาบาลรังสีมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจ การดูแลขณะเข้ารับการตรวจ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหลังการตรวจ ตลอดจนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย การที่ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดการตรวจจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน เป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการพยาบาล

References

- Dahmani L, Bai Y, Li M, Ren J, Shen L, Ma J, et al. Focused ultrasound thalamotomy for tremor treatment impacts the cerebello-thalamo-cortical network. npj Parkinson's Disease. 2023;9(90):1-14.
- Wang I, Bernasconi A, Bernhardt B, Blumenfeld H, Cendes F, Chinvarun Y, et al. MRI essentials in epileptology: a review from the ILAE Imaging Taskforce. Epileptic Disorders. 2020;22(4): 421-37.
- Golec W, Jakimow-Kostrzewa A, Mruk B, Jozwiak S. Role of gadolinium-based contrast agents in neurological disorders. Neurologia i Neurochirurgia Polska. 2020;54(5):399-409.
- McDonald JS, Larson NB, Kolbe AB, Hunt CH, Schmitz JJ, Kallmes DF, et al. Acute reactions to gadolinium-based contrast agents in a pediatric cohort: A retrospective study of 16,237 injections. American Journal of Roentgenology. 2021;216(5):1363-9.
- Biagioni E, Coloretti I, Disalvo F, Andreotti A, Sani F, Torricelli P, et al. Case report of a patient who survived after cardiac arrest and cardiogenic shock by anaphylactic reaction to gadolinium during magnetic resonance imaging. Radiology Case Reports. 2020;15(3): 266-8.
- Lange S, Medrzycka-Dabrowska W, Zorena K, Dabrowski S, sie D, Malecka-Dubiela A, et al. Nephrogenic systemic fibrosis as a complication after gadolinium-containing contrast agents: a rapid review. International journal of environmental research and public health. 2021;18(6):1-12.
- Artunduaga M, Liu CA, Morin CE, Serai SD, Udayasankar U, Greer ML, et al. Safety challenges related to the use of sedation and general anesthesia in pediatric patients undergoing magnetic resonance imaging examinations. Pediatric radiology. 2021; 51(5):724-35.

8. Shah A, Aran S. A Review of Magnetic Resonance (MR) Safety: The Essentials to Patient Safety. *Cureus*. 2023;15(10):1-9.
9. Akbar AF, Sayyid ZN, Roberts DC, Hua J, Paez A, Cao D, et al. Acoustic Noise Levels in High-field Magnetic Resonance Imaging Scanners. *OTO open*. 2023;7(3):1-5.
10. Schwartz ZL, Routman JS. Sedation and Analgesia for the Interventional Radiologist. In *Seminars in Interventional Radiology* 2023;40(2):240-6.
11. Goh Y, Chua W, Lee JK, Ang BW, Liang CR, Tan CA, et al. Operational strategies to prevent coronavirus disease 2019 (COVID-19) spread in radiology: experience from a Singapore radiology department after severe acute respiratory syndrome. *Journal of the American College of Radiology*. 2020;17(6):717-23.
12. Gatta G, Di Grezia G, Cuccurullo V, Sardu C, Iovino F, Comune R, et al. MRI in pregnancy and precision medicine: A review from literature. *Journal of personalized medicine*. 2021;12(1):1-16.
13. Fawcett WJ, Thomas M. Pre-operative fasting in adults and children: clinical practice and guidelines. *Anaesthesia*. 2019;74(1):83-8.
14. Kim HS, Kim YS, Lim BG, Lee JH, Song J, Kim H. Risk Assessment of Perioperative Respiratory Adverse Events and Validation of the COLDS Score in Children with Upper Respiratory Tract Infection. *Medicina*. 2022;58(10):1-9.
15. Manzi JE, Jones MR, Cornett EM, Kaye AD. Moderate and deep procedural sedation-the role of proper monitoring and safe techniques in clinical practice. *Current Opinion in Anesthesiology*. 2021;34(4):497-501.
16. European Society of Radiology (ESR). Patient safety in medical imaging: A joint paper of the European Society of Radiology (ESR) and the European Federation of Radiographer Societies (EFRS). *Radiography*. 2019;25(2):26-38.
17. Wong T, Georgiadis PL, Urman RD, Tsai MH. Non-operating room anesthesia: patient selection and special considerations. *Local and regional anesthesia*. 2020;13(1):1-9.
18. Gelb AW, Morriss WW, Johnson W, Merry AF. World Health Organization-World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WHO-WFSA) international standards for a safe practice of anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*. 2018;126(6):2047-55.
19. Roditi G, Khan N, van Der Molen AJ, Bellin MF, Bertolotto M, Brismar T, et al. Intravenous contrast medium extravasation: systematic review and updated ESUR Contrast Media Safety Committee Guidelines. *European Radiology*. 2022;32(5):3056-66.
20. Mettapol C, Hengphaisan S, Junyatham S. The Importance Role of Nurse Anesthetist for Cochlear Implantation. In: *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023;24(3):8-14. (in Thai)
21. Jin Z, Gan TJ, Bergese SD. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting (PONV): a review of current recommendations and emerging therapies. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2020;16(2):1305-17.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท ที่ได้รับการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย

Nursing Care of Children with Neurogenic Bladder Undergoing Video-Urodynamics Study

ภิชญาภา วัชรระ* ธวัชชัย มั่นคงศรีสุข

Pitchayapa Vassara* Thawatchai Mankongsrisuk

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

Faculty of Siriraj Medicine Mahidol University Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

ภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาทในเด็ก เกิดจากการมีรอยโรคที่สมอง ไขสันหลัง หรือเส้นประสาทส่วนปลาย ที่ไปเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะและหูรูดทวารปัสสาวะ ทำให้ไม่สามารถควบคุมการไหลของปัสสาวะได้ ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะปัสสาวะไหลย้อนขึ้นท่อไต กรณีที่ได้รับการรักษาล่าช้าอาจส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะไตวายเรื้อรัง การตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วยเป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยตามมาตรฐานทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ คือ ลักษณะทางกายภาพและการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับการกำหนดแนวทางการรักษา อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยเด็กรวมถึงผู้ปกครอง มักเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการตรวจ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการตรวจ พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์ เพื่อที่จะถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองเข้าใจซึ่งช่วยคลายความวิตกกังวล และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนตรวจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือเข้ารับการตรวจ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะตรวจและสามารถเฝ้าระวังอาการผิดปกติ รวมถึงสามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการตรวจได้อย่างถูกต้อง เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล นั่นคือ ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังตรวจ

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, ภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท, การตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย

Abstract

Neurogenic bladder dysfunction in children is an abnormality in bladder and/or urinary sphincter function from neurological congenital disorders. This condition can be a result of lesions in the brain, spinal cord or peripheral nerves that control bladder and urinary sphincter function. It significantly increases risks of incontinence, urinary tract infection and vesicoureteral reflux. If left untreated, it may result in long term sequelae such as hypertension and kidney failure. Video-urodynamics study is a gold-standard investigation for patients with neurogenic bladder aiding in the detection of functional and anatomical abnormalities of the lower urinary tract. The test results can be used as a guidance for proper management and follow-up.

Corresponding author: *E-mail: Khilai.choo@gmail.com

วันที่รับ (received) 14 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 พ.ค. 2567

Pediatric patients and caregivers often experience anxiety and fear regarding the test and its potential complications. Nurses at the urodynamics suite play a pivotal role in comforting patients and caregivers by providing procedural information and compassionate care beforehand. Therefore, it is essential for the nurses to have a sufficient knowledge about video-urodynamics study and periprocedural care. Additionally, they should be able to early detect any abnormal symptoms related to the test to prevent any complications during and after the investigation. Also, they should be able to prepare a suite and necessary equipment for the procedure correctly. Ultimately, the overarching goal of periprocedural nursing care is to prioritize patients' safety and satisfaction.

Keyword: nursing care, children, neurogenic bladder dysfunction, video-urodynamics study

บทนำ

ภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาทในเด็ก เป็นภาวะที่พบบ่อยในโรกระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ที่เกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด ส่วนใหญ่โรคที่เป็นสาเหตุได้ บ่อย คือ กลุ่มโรคกระดูกสันหลังโหว่ (spinal dysraphism) เช่น ภาวะที่มีถุงยื่นบริเวณไขสันหลัง (myelomeningocele; MMC)^{1,2} ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ภาวะที่มีถุงยื่น บริเวณไขสันหลัง 3.5 ต่ออัตราเกิดมีชีพ 10,000 คน³ ประเทศไทย ในปี 2557-2561 พบผู้ป่วย จำนวน 2,655 คน⁴ สำหรับ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2562-2566 พบผู้ป่วย จำนวน 331 คน และในจำนวนนี้มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการร่วมด้วย จำนวน 270 คน⁵ ภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการในเด็กเป็น สาเหตุให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังได้ หากได้รับการตรวจวินิจฉัย ล่าช้า^{3,6} ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กลดลง⁷ การวินิจฉัย ที่ถูกต้องรวดเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ ที่จะนำไป สู่เป้าหมายในการรักษา คือ การรักษาการทำงานของไต³ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การป้องกันปัสสาวะ เล็ดราด รวมถึงการหลีกเลี่ยงการคาสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ ผู้ป่วยเด็กสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด^{3,8}

ระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ได้แก่ กระเพาะ ปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ และกล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะ ทำหน้าที่ กักเก็บปัสสาวะ และขับถ่ายปัสสาวะออกจากร่างกาย ควบคุม การทำงานโดยสมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาทส่วนปลายที่ ไปเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะและหูรูดท่อปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วย ระบบประสาทโซมาติกทำงานภายใต้อำนาจจิตใจ และระบบ ประสาทอัตโนมัติทำงานนอกเหนืออำนาจจิตใจ เมื่อทุกระบบ ทำงานประสานกันจะทำให้เกิดกระบวนการขับถ่ายปัสสาวะที่

ปกติ หากเกิดความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง หรือระบบประสาทที่เกี่ยวข้องจะทำให้เกิดอาการ เช่น ปัสสาวะ กระปริดกระปรอย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะเล็ด และปัสสาวะ ไม่ออก เป็นต้น^{1,9}

การตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วม ด้วย เป็นการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานสูงสุด ในผู้ป่วยที่มีอาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างผิดปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบ ทางเดินปัสสาวะทั้งระบบควบคู่กับการทำงานของระบบทางเดิน ปัสสาวะส่วนล่าง⁹ จากการศึกษาในเด็กที่มีภาวะถุงยื่นบริเวณ ไขสันหลังที่ได้รับการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์ ส่วนใหญ่พบ กล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะไม่คลายตัวขณะกระเพาะปัสสาวะ บีบตัวมากกว่าปกติจากความยืดหยุ่นของกระเพาะปัสสาวะลด ลง ทำให้ปัสสาวะไหลย้อนขึ้นท่อไต เกิดการติดเชื้อในทางเดิน ปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยให้เกิดภาวะการทำงานของไตบกพร่อง^{2,10} อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 67-75 ของผู้ป่วย ที่มาตรวจที่โรงพยาบาลได้รับประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความ วิดกกังวลในเด็กช่วงอายุ 2-12 ปีจากการต้องเผชิญกับ สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย กลัวความเจ็บปวด และการแยกจาก ผู้ปกครอง^{11,12} ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการตรวจ การได้รับรังสี สภาพแวดล้อมในห้องตรวจ ช่วงเวลาที่รอตรวจ ขณะเข้าห้องตรวจ และการขาดข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจ¹³ ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ปกครองมีผลต่อสภาวะอารมณ์ ของเด็ก¹⁴ ร้อยละ 22 เกิดภาวะรีเฟล็กซ์ผิดปกติของระบบ ประสาทอัตโนมัติ¹⁵ และร้อยละ 4.1 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ¹⁶

พยาบาลประจำห้องตรวจปัสสาวะพลศาสตร์จึง จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของระบบทางเดิน ปัสสาวะขั้นตอนการตรวจ การเตรียมอุปกรณ์ รวมถึงทักษะใน

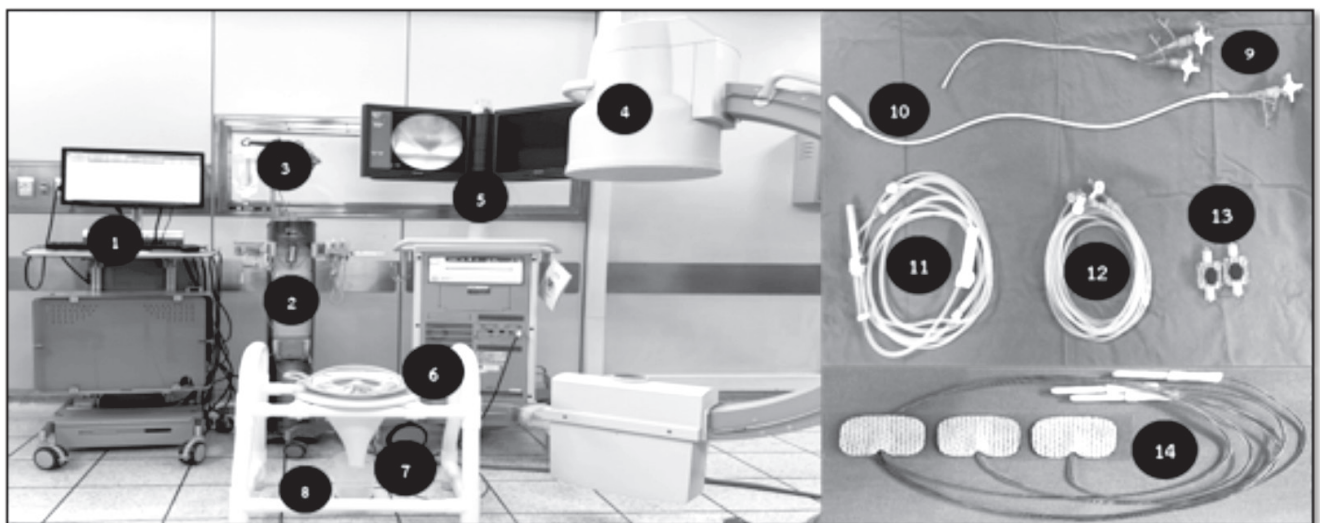
การให้ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองในระยะก่อนตรวจ ระยะตรวจ และระยะหลังตรวจ โดยการให้ข้อมูล รับฟัง และตอบข้อสงสัยของผู้ปกครองได้อย่างถูกต้องตรงตามความต้องการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองลดความวิตกกังวล ความกลัว ให้ความร่วมมือในระยะตรวจ และผู้ป่วยเด็กปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการตรวจ

การตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย ในเด็กที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท

ผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคกระดูกสันหลังโหว่ควรได้รับการตรวจ VUDS แบบเชิงรุกทุกราย โดยเฉพาะในทารกช่วงอายุ 3 เดือนแรก หรือไม่เกิน 1 ปี และในผู้ป่วยเด็กทุกรายที่สงสัยภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท หรือมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ² อย่างไรก็ตามการตรวจ VUDS

ในทารกและเด็กเล็กทำได้ยาก เนื่องจากเด็กร้องไห้ มีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา ทำให้ผลการตรวจมีความคลาดเคลื่อน อีกทั้งยังไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกปวดปัสสาวะได้¹⁰ การตรวจจึงเริ่มเร็วที่สุดเมื่อเด็กสามารถสื่อสารความรู้สึกปวดปัสสาวะได้ในช่วงอายุมากกว่า 2-4 ปี จากนั้นจะเป็นการตรวจติดตามเป็นประจำทุกปีจนถึงอายุ 19 ปี เพื่อเฝ้าระวังภาวะปัสสาวะไหลย้อนขึ้นท่อไต ภาวะการทำงานของไตบกพร่อง และวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การรักษาด้วยการสวนปัสสาวะด้วยตนเองหรือผู้ปกครอง การรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะคลายตัว การผ่าตัดเพิ่มขนาดกระเพาะปัสสาวะ และการรักษาภาวะท้องผูก เป็นต้น^{2,10,17}

การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 อุปกรณ์และเครื่องมือ ที่ใช้ในการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย
ภาพโดย ภิชญาภา วัชรระ, 2567

รายการอุปกรณ์และเครื่องมือ

1. computer-based urodynamics system
2. เครื่อง multichannel urodynamics
3. สารน้ำผสมสารทึบรังสี
4. เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบซีอาร์เอ็ม
5. จอแสดงภาพ
6. โถปัสสาวะ (หรือเตียงโปร่งรังสีสำหรับการตรวจในท่านอน)
7. ถ้วยตวงปัสสาวะ
8. เครื่องรับสัญญาณแบบใช้น้ำหนัก
9. transurethral double-lumen catheter 6 Fr.
10. rectal balloon catheter 9 Fr.
11. infusion set tubing
12. pressure tubing
13. pressure transducer
14. electromyography pad

ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์และขั้นตอน การตรวจ มีดังนี้

1. เตรียมอุปกรณ์การตรวจดังรูปที่ 1 อุปกรณ์ในรายการที่ 9-13 จัดเตรียมโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ สำหรับ rectal balloon catheter ให้ใส่น้ำเข้าไปในบอลูนประมาณ 2-3 มิลลิลิตรตามที่ระบุข้างสาย¹⁸

2. ก่อนเข้าห้องตรวจหากผู้ป่วยปัสสาวะได้ปกติ ดูแลให้ผู้ป่วยปัสสาวะทิ้ง หรือปัสสาวะลงเครื่องตรวจการไหลของปัสสาวะ (uroflowmetry) เพื่อวัดความแรงของปัสสาวะ หลังจากนั้นวัดปริมาณปัสสาวะตกค้าง¹⁹

3. นำผู้ป่วยเข้าห้องตรวจพร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบทุกครั้งก่อนทำหัตถการ เริ่มจากดูแลให้ผู้ป่วยเด็กนอนหงายบนเตียงตรวจ เปิดผ้าเฉพาะบริเวณที่ต้องการทำหัตถการ ทำความสะอาดรูเปิดท่อปัสสาวะ หัวหน่าว และทวารหนัก ตามลำดับด้วยน้ำยา 0.5% chlorhexidine solution จากนั้นปูผ้าปลอดเชื้อ

4. ใส่ transurethral double-lumen catheter ขนาด 6 Fr. ผ่านทางท่อปัสสาวะไปยังกระเพาะปัสสาวะ เพื่อวัดความดันในกระเพาะปัสสาวะ โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จากนั้นใส่ rectal balloon catheter ขนาด 9 Fr. ผ่านทางทวารหนักเพื่อวัดความดันในช่องท้อง และติด electromyography pad บริเวณต้นขา 1 จุดและบริเวณก้นใกล้หูรูดทวารหนักทั้ง 2 ข้าง เพื่อตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักนำมาใช้เทียบเคียงกับการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะ²⁰

5. นำผู้ป่วยนั่งบนโถปัสสาวะ (หรือนอนบนเตียงโปร่งรังสีสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถนั่งได้อย่างมั่นคง) แล้วเชื่อมต่อ transurethral double-lumen catheter ด้านที่ระบุ “filling” ต่อกับ infusion set tubing เพื่อเติมสารน้ำผสมสารทึบรังสีเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ ด้านที่ระบุ “vesicle” ให้ต่อเข้ากับ pressure tubing จาก pressure transducer ของ Pves ส่วน transducer rectal balloon catheter ต่อกับ pressure tubing จาก pressure transducer ของ Pabd และ electromyogram pad ต่อเข้ากับ electromyogram connection cable^{9,19}

6. ตรวจสอบ pressure transducer บนเครื่อง multichannel urodynamics ให้อยู่ในระดับขอบด้านบนกระดูกหัวหน่าวของผู้ป่วย จากนั้นทำการตั้งค่าความดันที่

pressure transducer ของ Pves และ Pabd ตามมาตรฐานของ International Continence Society โดยดันน้ำใน syringe ประมาณ 5-10 มิลลิลิตรเข้าไปใน pressure transducer ของ Pves จนถึงกระเพาะปัสสาวะ จากนั้นทำให้เป็นระบบปิดเพื่อตั้งค่าความดันที่ pressure transducer ของ Pves และ Pabd ให้เท่ากับความดันบรรยากาศ (set zero) เสร็จแล้วทำการเปิดระบบเพื่อให้สลายแพทย์ตั้งค่าความสมดุลของความดัน (set equalize) และทดสอบความสมดุลความดันโดยให้ผู้ป่วยไอ^{18,20}

7. เตรียมเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบซีอาร์เอ็มและทดสอบถ่ายภาพรังสี โดยปรับระดับของซีอาร์เอ็มให้เหมาะสมเพื่อให้เห็นกระดูกอุ้งเชิงกรานของผู้ป่วยบริเวณกลางจอแสดงภาพ รวมถึงเตรียมซีอาร์เอ็มให้สามารถเคลื่อนที่ได้เพื่อตรวจสอบส่วนต่าง ๆ ของทางเดินปัสสาวะได้อย่างรวดเร็ว

8. สลายแพทย์เริ่มการตรวจโดยใช้เครื่องเติมสารน้ำผสมสารทึบรังสีเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย เครื่องคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมกับระบบจะบันทึกปริมาณน้ำที่ใส่เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ระดับความดันในช่องท้องและระดับความดันในกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกว่ามีปัสสาวะอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ (first sensation) รู้สึกปัสสาวะครั้งแรกแต่รอได้ (first desire to void) และเมื่อผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกต้องไปปัสสาวะทันที (strong desire to void) จากนั้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะตามปกติลงบนโถที่จัดเตรียมไว้ และทำการวัดปริมาณปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะโดยการดูดของเหลวจาก transurethral double-lumen catheter ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถสื่อสารได้ให้สังเกตอาการของผู้ป่วยหรือสังเกตการไหลของสารน้ำผสมสารทึบรังสีออกจากท่อปัสสาวะ ทั้งนี้ในขณะที่ตรวจ สลายแพทย์จะถ่ายภาพรังสีเป็นระยะในช่วงการกักเก็บปัสสาวะและการถ่ายปัสสาวะ^{19,20}

9. ปลดอุปกรณ์การตรวจทั้งหมดออกจากผู้ป่วย ดูแลความสะอาด ช่วยเหลือผู้ป่วยแต่งตัว และรอรับฟังผลการตรวจจากสลายแพทย์

ภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1. ภาวะรีเฟล็กซ์ผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic dysreflexia; AD) เป็นภาวะที่เกิดการตอบสนองอย่างรุนแรงจากการถูกกระตุ้นที่ระดับต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บของไขสันหลัง ในเด็กพบอุบัติการณ์ร้อยละ 51²¹ พบในกลุ่ม

ผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่กระดูกสันหลังระดับอกขึ้นไป 6 ขึ้นไป โดยอาการอาจเกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกที่เกิดการบาดเจ็บ หรือเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ในระหว่างการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์จะมีการเติมน้ำเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะจนมีลักษณะโป่งตึงซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดภาวะนี้ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน บริเวณเหนือรอยโรคผิวหนังจะแดง และบริเวณใต้รอยโรคผิวหนังจะซีดเย็น เป็นต้น²²⁻²⁴

2. ภาวะติดขัดทางเดินปัสสาวะ หลังการตรวจผู้ป่วยอาจมีอาการประมาณ 1 สัปดาห์ ได้แก่ อาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะไม่ออกหรือออกน้อย มีไข้ ปวดบั้นเอว ปวดท้อง ทนาวสัน เป็นต้น^{22,23}

3. การแพ้สารที่บ่งชี้ซึ่งจะเกิดภายใน 1 ชั่วโมงหลังการตรวจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ 1) ระดับน้อย ผู้ป่วยจะมีอาการผื่นลมพิษ คัน คลื่นไส้ อาเจียน แน่นจมูก หน้าและคอแดง 2) ระดับปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการผื่นลมพิษที่เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ อาเจียนมาก หน้าบวม หรือมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นพร้อมกัน 3) ระดับรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจมีเสียง wheezing หน้าบวม ปากบวม เหนื่อยหอบ ความดันโลหิตต่ำ ชัก หหมดสติ เป็นต้น^{22,23}

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย

การพยาบาลระยะก่อนตรวจ เป็นระยะการเตรียมความพร้อมร่างกายผู้ป่วย และการให้ข้อมูลการตรวจแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมเข้ารับการตรวจ ผู้ปกครองคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการตรวจ มีดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพเริ่มจากการแนะนำตนเอง ชักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ปกครอง ได้แก่ โรคประจำตัว เช่น โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ โรคไต การแพ้ยา อาหารทะเล สารที่บ่งชี้ และสารไอโอดีน เพื่อเฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการแพ้ระหว่างตรวจ ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต เนื่องจากผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ไขสันหลังระดับอกขึ้นไป 6 7 หรือ 8 ขึ้นไป หรือมีความเครียด ความวิตกกังวล ท้องผูก อาจทำให้เกิดภาวะรีเฟล็กซ์ผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติจากกระเพาะปัสสาวะโป่งตึงขณะตรวจ ประวัติการรักษาด้วยการสวนปัสสาวะด้วยตนเองหรือโดยผู้ปกครองก่อนหน้าการตรวจ ยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ประวัติการผ่าตัด และสิทธิการรักษา²¹⁻²³

2. ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการติดขัดทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะแสบขัด ร้องเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะมีกลิ่น มีไข้ ปวดท้องน้อยหรือบั้นเอว เป็นต้น และผู้ป่วยต้องได้รับยาต้านจุลชีพก่อนเริ่มการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ²²

3. ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการสวนถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก เพราะการมีอุจจาระแน่นในทวารหนักอาจส่งผลต่อการประเมินความดันในช่องท้อง²²

4. ให้ข้อมูลและคำแนะนำ ดังนี้ อธิบายวิธีการตรวจ ขั้นตอนการตรวจ รวมถึงแจ้งให้ผู้ปกครองทราบว่า การตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วยจะช่วยให้ผลการตรวจมีความแม่นยำมากขึ้น โดยในระยะตรวจจะมีการถ่ายภาพรังสีเป็นช่วงเวลารวมไม่เกิน 2 นาที ปริมาณรังสีน้อยไม่เกิน 10 มิลลิเกรย์²⁵ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับรังสีแต่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย สำหรับผู้ปกครองจะต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันรังสีในกรณีที่อยู่ในห้องตรวจพร้อมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการตรวจและการรายงานอาการต่อสัลยแพทย์ เช่น สัลยแพทย์อาจให้ผู้ป่วยไอเพื่อทดสอบความสมดุลความดันในกระเพาะปัสสาวะและในช่องท้อง หรือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกอยากปัสสาวะเป็นครั้งแรกแต่รอได้ และเมื่อผู้ป่วยรู้สึกต้องไปปัสสาวะทันที เป็นต้น ในกรณีผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถสื่อสารได้แนะนำผู้ปกครองให้สังเกตอาการของผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด เช่น รู้สึกไม่สบาย หรือแน่นบริเวณท้องน้อย เนื่องจากสัลยแพทย์จะสอบถามอาการแสดงเมื่อผู้ป่วยต้องการปัสสาวะจากผู้ปกครอง ระยะเวลาในการตรวจไม่เกิน 60 นาที ประมาณเวลาที่จะได้เข้าห้องตรวจ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังตรวจ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความกังวลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ปกครองได้^{11,13,19,26}

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองซักถามข้อสงสัย จากนั้นให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษา โดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการให้ถูกต้องครบถ้วน และตรวจสอบความถูกต้องโดยการถามชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีเกิด และอายุผู้ป่วย เทียบกับเวชระเบียน ดัดป้ายข้อมือให้ผู้ป่วยพร้อมเปลี่ยนเป็นชุดคลุมผ่าตัด ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยและประเมินสัญญาณชีพแรกรับ²⁷

การพยาบาลระยะตรวจ สิ่งสำคัญ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายสามารถปัสสาวะได้ เพื่อให้ได้ผลการตรวจในระยะกักเก็บปัสสาวะจนถึงระยะขับถ่ายปัสสาวะและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะตรวจมีดังนี้

1. จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมในห้องตรวจให้มีความเป็นส่วนตัว สงบ สร้างบรรยากาศที่ทำให้รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ เช่น การเปิดเสียงน้ำไหล ให้มีความใกล้เคียงกับสภาพธรรมชาติมากที่สุด เพื่อลดความวิตกกังวล และอาการเกร็งขณะขับถ่ายปัสสาวะ⁹

2. บุคลากรปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้อ ตั้งแต่การล้างมือ สวมถุงมือปลอดเชื้อก่อนทำหัตถการ ตรวจสอบตัวบ่งชี้ทางเคมีภายในภาชนะบรรจุอุปกรณ์ว่าผ่านการปลอดเชื้อจนถึงการเตรียมอุปกรณ์การตรวจปัสสาวะพลศาสตร์เพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ²²

3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที แนะนำผู้ปกครองสังเกต และสอบถามอาการจากภาวะรีเฟล็กซ์ผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรงทันที ผิวหนังบริเวณเหนือรอยโรคแดง ผิวหนังบริเวณใต้รอยโรคซีดเย็น คัดจมูก รู้สึกไม่สบายตัว ความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน โดยเฉพาะค่าความดันซิสโตลิกสูงขึ้นมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอทเมื่อเทียบกับความดันเดิม ในเด็กเล็กจะมีอาการง่วงนอนผิดปกติหรือหงุดหงิดทันทีทันใด หากเกิดภาวะดังกล่าวให้รีบระบายปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะทันที นำสายอุปกรณ์ทั้งหมดออกจากร่างกาย จัดให้อยู่ในท่านั่ง คลายเสื้อผ้าให้หลวมเพื่อให้เลือดไปทั่วร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตลดลงและให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ รวมถึงสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากภาวะรีเฟล็กซ์ผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ชัก แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด หดสติ และเลือดออกในสมอง^{21,22,24}

4. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการแพ้สารที่บ่งชี้ได้แก่ ผื่นตามร่างกาย คัน หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอกหายใจลำบาก เป็นต้น หากรู้สึกมีอาการดังกล่าวให้ผู้ป่วยรีบแจ้งทันที²⁸

การพยาบาลระยะหลังตรวจ เป็นการเน้นย้ำการปฏิบัติตัวหลังได้รับการตรวจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ มีดังนี้

การวางแผนจำหน่าย

1. ประเมินอาการและอาการแสดงจากรีเฟล็กซ์ผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการแพ้สารที่บ่งชี้จนครบ 1 ชั่วโมงหลังการตรวจ^{24,28}

2. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อชะล้างทางเดินปัสสาวะ ลดโอกาสการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและช่วยขับสาร

ที่บ่งชี้ออกจากปัสสาวะในรายที่ไม่มีข้อห้าม^{2,7}

3. แนะนำรับประทานยาปฏิชีวนะติดต่อกันจนหมดตามคำสั่งการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ²²

4. เน้นย้ำเรื่องการรักษาความสะอาดอย่างเคร่งครัดก่อนสวนปัสสาวะด้วยตนเอง และควรระบายปัสสาวะตกค้างให้ได้มากที่สุดให้เหลือปัสสาวะค้างน้อยที่สุด (4-7 ครั้งต่อวัน) หากรักษาความสะอาดไม่เพียงพอ หรือปัสสาวะค้างปริมาณมากอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้²⁹

5. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ปวดปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะมีกลิ่น ปัสสาวะขุ่น ปวดท้องน้อย และปวดบั้นเอว²⁷

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาทที่ได้รับการตรวจปัสสาวะพลศาสตร์แบบถ่ายภาพรังสีร่วมด้วยในแต่ละระยะของการตรวจมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการตรวจ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจ และได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องจากผลการตรวจ ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมตอบสนองต่อเป้าหมายในการรักษา คือ การคงไว้ซึ่งการทำงานของไต สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงต้องมีสมรรถนะโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

References

1. Sager C, Barroso JrU, Netto MB, Retamal G, Ormaechea E. Management of neurogenic bladder dysfunction in children update and recommendations on medical treatment. International Brazilian Journal of Urology. 2022; 48(1):31-51.
2. Stein R, Bogaert G, Dogan HS, Hoen L, Kocvara R, Nijman RJM, et al. EAU/ESPU guidelines on the management of neurogenic bladder in children and adolescent part I diagnostics and conservative treatment. Neurourology and Urodynamics. 2020;39(1):45-57.

3. Hobbs KT, Krischak M, Tejwani R, Purves JT, Wiener JS, Routh JC. The importance of early diagnosis and management of pediatric neurogenic bladder dysfunction. *Research and Reports in Urology*. 2021;13:647-57.
4. Sangsupawanich P, Ingviya T, Thinkhamrop B. Development of surveillance system for neural tube defects. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020. (in Thai)
5. Division of Medical Record. Statistical report 2021-2023. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2024. (in Thai)
6. Izumi N, Kitta T, Mitsui T. Importance of regular examination and follow-up in pediatric patients with neurogenic bladder: 24-month follow-up study using a Japanese health insurance database. *Advances in Therapy*. 2023;40:5519-35.
7. Chua ME, Yadav P, Wang PZT, Mau EE, Keefe DT, Thomas J, et al. 2023 Canadian urological association/pediatric urologists of Canada guideline: pediatric patients with neurogenic lower urinary tract dysfunction. *Canadian Urological Association Journal*. 2023;17(10): 338-57.
8. Fairchild RJ, Aksenov LI, Hobbs KT, Krischa MK, Kaplan SJ, Purves JT, et al. Medical management of neurogenic bladder in patients with spina bifida: A scoping review. *Journal of Pediatric Urology*. 2023;19(1):55-63.
9. Ramart P. Urodynamics for clinical applications. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.; 2024. (in Thai)
10. Yerkes EB, Cheng EY, Wiener JS, Austin JC, Tu DD, Joseph DBea. Translating pediatric urodynamics from clinic into collaborative research: Lessons and recommendations from the UMPIRE study group. *Journal of pediatric urology*. 2021;17(5):716-25.
11. Jerez Molina C, Lahuerta Valls L, Fernandez Villegas V, Santos Ruiz S. Nursing evaluation of pediatric preoperative anxiety: a qualitative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2023;31:e3738.
12. Sangnimitchaikul W. Using play for stress adaptation in sick children. *Thai Science and Technology Journal*. 2012;20(5):449-56. (in Thai)
13. Hutchison D, Sobrado S, Corbett S, Leroy S, Morgan K, Daugherty R, et al. Parental perception of contrast enhanced voiding ultrasonography urodynamics vs fluoroscopic urodynamics. *Journal of Pediatric Urology*. 2023;19(6):783e1-5.
14. Kırılı EA, Türk Ş, Kırılı S. The burden of urinary incontinence on caregivers and evaluation of its impact on their emotional status. *Alpha psychiatry*. 2021;22(1):43-8.
15. Canon S, Shera A, Phan NMH, Lapietz L, Scheidweiler T, Batchelor L, et al. Autonomic dysreflexia during urodynamics in children and adolescents with spinal cord injury or severe neurologic disease. *Journal of Pediatric Urology*. 2015;11(1):32e1-4.
16. Takami N, Mukai S, Nomi M, Yanagiuchi A, Sengoku A, Maeda K, et al. Retrospective observational study of risk factors for febrile infectious complications after urodynamics studies in Patients with suspected neurogenic lower urinary tract disturbance. *Urologia Internationalis*. 2022;106(7):722-9.
17. Yadav P, Alsabban A, de Los Reyes T, Varghese A, Ming JM, Milford K, et al. A systematic review of paediatric neurogenic lower urinary tract dysfunction guidelines using the Appraisal of Guidelines and Research Evaluation (AGREE) II instrument. *British Journal of Urology international*. 2023;131(5):520-9.

18. Gammie A, Clarkson B, Constantinou C, Damaser M, Drinnan M, Geleijnse G, et al. International Continence Society guidelines on urodynamics equipment performance. *Neurourology urodynamics*. 2014;33(4):370-9.
19. Bauer SB, Nijman RJM, Drzewiecki BA, Sillen U, Hoebeke P. International Children's Continence Society standardization report on urodynamics studies of the lower urinary tract in children. *Neurourology and Urodynamics*. 2015;34(7):640-7.
20. Demirkan H, Kuzdan MO. Comparison of the Urodynamics Patterns of the Disorders Frequently Encountered in the Field of Pediatric Urology. *The Medical Bulletin of Haseki*. 2022;60:20-5.
21. Cunha NS, Malvea A, Sadat S, Ibrahim GM, Fehlings MG. Pediatric spinal cord injury: a review. *Children (Basel)*. 2023;10(9):1-30.
22. Mahawong P. Urodynamics in pediatric patients with neurogenic diseases. in Mahawong P, Viseshsindh W, Santi-ngamkun A, (editors). *Basic Urodynamics and Clinical Applications*. Bangkok: The Thai Urological Association under the Royal Patronage; 2019. (in Thai)
23. Perrin A, Corcos J. The utility of urodynamics studies in neuro-urological patients. *Biomedicines*. 2023;11(4):1-11.
24. Butsankot P, Kongklang J. Nursing care for prevention complications of patient with spine and spinal cord Injuries in rehabilitation phase. *Srinagarind Medical Journal*. 2021;36(5):639-48. (in Thai)
25. Ellison JS, Nicholls G, Woodward M. *Urodynamics in children*. Abrams' Urodynamics; 2021.
26. Choodum N, Lohitthai S, ChuaChomket A. Competencies of Professional Nurses in the Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023;24(3):31-8. (in Thai)
27. Jongwannasiri M, Viseshsindh W. Nursing care: patient with neurogenic lower urinary tract dysfunction from spinal cord injury for urodynamics study. *Nursing Research and Innovation Journal*. 2020;25(3):270-9. (in Thai)
28. Janpanich S. Caring for patients undergoing computed tomography and magnetic resonance imaging. *Journal of Siriraj Radiology*. 2016;3(2):149-58. (in Thai)
29. Nieuwhof-Leppink AJ, Hussong J, Chase J, Larsson J, Renon C, Hoebeke P, et al. Definitions, indications and practice of urotherapy in children and adolescents: A standardization document of the International Children's Continence Society (ICCS). *Journal of Pediatric Urology*. 2021;17(2):172-81.

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of a Self-Regulation Program on Medication Adherence in Patients with Major Depressive Disorders

ภัทริยา สวัสดิ์ สารรัตน์ วุฒิอาภา* รังสิมันต์ สุนทรไชยา

Phatthariya Sawatdi Sararud Vuthiarpa* Rangsiman Soonthornchaiya

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Phathumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-60 ปี จำนวน 60 คน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยโปรแกรมการกำกับตนเองประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ติดต่อกัน กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ และประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยวัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ($M = 7.90$, $SD = .40$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.87$, $SD = 1.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.22$, $p < .05$) 2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 4.03$, $SD = 1.67$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -.03$, $SD = 1.42$) ซึ่งได้รับการพยาบาลและการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.14$, $p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับตนเอง, ความร่วมมือในการรับประทานยา, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

A self-regulation program is designed to direct a person's behavior towards a targeted action. A self-regulation consists of the process of self-observation, self-judgment, and self-reaction. This quasi-experimental research aimed to determine the effects of a self-regulation program on medication adherence in patients with depressive disorder. The sample consisted of 60 patients with depressive disorder aged 18-60, for outpatients receiving services at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The study was randomly assigned into the experimental and the control group, with 30 people in each group. The experimental group participated in the self-regulation program. This program consisted of 6 activities for 6 consecutive weeks. Data was analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, and t-test; a dependent t-test was used to compare the mean of the medication adherence scores before and after the intervention

in each group; and an independent t-test was used to examine the mean differences in the medication adherence scores between the experimental and control groups. The study found that there was a statistically significant increase in the mean of medication adherence scores ($M = 7.90$, $SD = .40$) after participating in the self-regulation program ($t = 13.22$, $p < .05$) and there was a statistically significant difference in the mean differences in the medication adherence scores. ($\bar{D}_1 = 4.03$, $\bar{D}_2 = -0.03$) between the pre and post-interventions for both groups ($t = 10.14$, $p < .05$).

The findings suggest that such a self-regulation program was able to increase medication adherence in patients with depressive disorders effectively.

Keywords: self-regulation program, medication adherence, patients with major depressive disorders

บทนำ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทุกช่วงอายุจำนวนมากกว่า 322 ล้านคน จากจำนวนประชากรทั่วโลกประมาณ 7000 ล้านคน คิดเป็นประมาณร้อยละ 4.4 ของประชากรทั่วโลก¹ และยังพบว่าโรคซึมเศร้าพบมากที่สุดในช่วงวัยผู้ใหญ่โดยเฉลี่ยมีอายุระหว่าง 20-50 ปี โดยมีความชุกถึงร้อยละ 15 และคาดการณ์ว่าจำนวน 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะสามารถพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าอย่างถาวร และโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีการสูญเสียสุขภาพเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพเป็นอันดับ 4 ของโลกและคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2573 จะเปลี่ยนแปลงขึ้นมาเป็นอันดับ 2 ของโลก² ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยคือความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคซึมเศร้ามีสาเหตุการเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม³ เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพบว่าการรักษาด้วยการรับประทานยาเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดวิธีแรก ๆ จากการที่ยาช่วยปรับสมดุลสารเคมีในสมอง ส่งผลให้การควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมมีความเหมาะสมมากขึ้น และกลับสู่ภาวะปกติมากที่สุด ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อไปทำให้เกิดประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 3 เท่า⁴ โดยในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามีมากถึงร้อยละ 77⁵ โดยมักจะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและหยุดรับประทานยาเอง⁶ ผลกระทบของการไม่รับประทานยาด้านอาการซึมเศร้า จะเพิ่มโอกาสในการกำเริบของโรค การกลับเป็นซ้ำ การมีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มความเสี่ยง

ของอาการและลดการตอบสนองต่อการรักษา นอกจากนี้ความร่วมมือในการรับประทานยามีผลให้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยกลายเป็น โรคซึมเศร้าเรื้อรังที่ได้รับการรักษามากกว่า 2 ปี โดยร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งแรกจะมีการกลับเป็นซ้ำ ครั้งที่สองตามมาร้อยละ 70-80 ปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ

2) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา ได้แก่ ระยะเวลา อาการข้างเคียง และ 3) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว ภาระค่าใช้จ่าย เป็นต้น^{8,9}

จากการทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า มีการศึกษาส่วนหนึ่งที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา โดยมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการรักษา การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยา และผลข้างเคียงของยา การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การใช้ตัวแบบและสัญลักษณ์เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา⁸ แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีสติความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาที่สูง เมื่อพิจารณาถึงข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถกำกับตนเองให้รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องส่งผลต่ออัตราการกำเริบของอาการและการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นโปรแกรมที่ออกแบบให้มีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ควรจะช่วยลดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาได้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation)¹⁰ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ โดยการกำกับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้สามารถเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ การบำบัดด้วยการกำกับ

ตนเองเป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง โดยพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นจะต้องผ่าน 3 กระบวนการ ได้แก่ 1. กระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) โดยในกระบวนการนี้เป็นกระบวนการแรกของการกำกับตนเอง เพราะบุคคลจะเริ่มจากการสังเกต และทบทวนตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองถึงอดีตที่ผ่านมา ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเองและตนเองมีพฤติกรรมอย่างไร 2. กระบวนการตัดสิน (judgment process) เมื่อบุคคลได้สำรวจพฤติกรรมของตนเองก็จะนำเอาข้อมูลไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้โดยบุคคลจะเริ่มตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรกับพฤติกรรมของตนเอง การตัดสินใจเป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการกระทำกับเป้าหมาย สำหรับเกณฑ์การตัดสินพฤติกรรมมาตรฐานที่ดี 3. กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เป็นการตอบสนองต่อผลการประเมินพฤติกรรมของตนเองจากกระบวนการการตัดสินใจซึ่งทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้คงพฤติกรรมของตนเองไว้อย่างต่อเนื่อง การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเป็นกระบวนการสุดท้ายของการกำกับตนเอง

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงคิดว่าการกำกับตนเองจะเพิ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาพบว่าในประเทศไทยยังไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวกับการกำกับตนเองเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาด้วยโปรแกรมการกำกับตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองและหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูรา¹⁰ เพื่ออธิบายเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ ที่ต้องกำกับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้สามารถเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ การบำบัดด้วยการกำกับตนเองเป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง โดยพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นจะต้องผ่าน 3 กระบวนการ คือ 1. กระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) 2. กระบวนการตัดสิน (judgment process) และ 3. กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เมื่อผู้ป่วยได้เกิดกระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสิน และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง จะช่วยให้ผู้ที่มีโรคซึมเศร้าได้ตระหนักถึงผลของการขาดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองผ่าน 3 กระบวนการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดแรงจูงใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งมีผลต่อการหายและลดการกลับเป็นซ้ำของอาการซึมเศร้าได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชาย และหญิง อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) หรือขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0-F33.9 ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชาย และหญิง อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย

จากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) หรือขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0 - F33.9 ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ จังหวัดนครราชสีมา และรับยาต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใน 2 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวนทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เป็นเครื่องมือในการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยใช้ประเมินหรือติดตามอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹¹ ซึ่งได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับแบบประเมินอาการซึมเศร้าชื่อ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) หรือ Thai-HRSD มีค่า Cronbach's alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.78-0.82 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 เป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันที่ทำแบบสอบถาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้า จนถึงปัจจุบัน และผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทายา⁸ ซึ่งมีการนำมาใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะหลัง โดยมีค่ามีค่าดัชนีความตรงทางด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 และได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการกำกับตนเองในการบำบัดรักษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำกับตนเอง

(Self-Regulation) ของ แบนดูรา¹⁰ และ เพื่อส่งเสริมการกำกับพฤติกรรมในการรับประทายาของผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทายาตามแนวคิดความร่วมมือในการรับประทายาโปรแกรมการกำกับตนเองในการบำบัดรักษา ผู้วิจัยนำมาปรับใช้และทำการบำบัดเป็นรายกลุ่มมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ภายในระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยใช้เวลาบำบัดกิจกรรมละ 60-90 นาที ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

ข้อมูลกิจกรรมทั้ง 6 สัปดาห์

กิจกรรม	ชื่อกิจกรรม
กิจกรรมที่ 1	รู้จักกับซึมเศร้าและการรักษาด้วยยา
กิจกรรมที่ 2	สร้างแรงจูงใจ
กิจกรรมที่ 3	ฉันทเปลี่ยนแปลงได้
กิจกรรมที่ 4	มุ่งมั่นเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ 5	ความสำเร็จรอบตัว
กิจกรรมที่ 6	ฉันทำได้ สบายมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์โครงการวิจัยที่ 127/2564 รหัสโครงการวิจัย COA No. 039/2565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ รวมทั้งลงนามในหนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่ และ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - square test) และ (Fisher's exact test)
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทายาของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นไม่อิสระจากกัน (Dependence t-test)
3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทายา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 60 ด้านอายุพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยในช่วง 18-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.70 ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มทดลองมีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 23.30 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 56.70 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 43.30 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาสูงสุด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 76.70 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 23.30 ส่วนในด้านรายได้ครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวในช่วง 15001-20000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 96.70 รองลงมามีรายได้ของครอบครัวในช่วง 10001-15000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ด้านโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.30 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น ค้าขาย ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 33.30 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 40.00 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.70 และร้อยละ

50.00 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.30 และร้อยละ 30.00 ตามลำดับ ด้านจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า โดยข้อมูลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 46.70 รองลงมาคือมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.30 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 60.00 และไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ด้านสิทธิการรักษา โดยข้อมูลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 73.30 และร้อยละ 76.70 ตามลำดับ รองลงมาใช้สิทธิการเบิกได้จ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 23.30 และร้อยละ 13.30 ตามลำดับ ด้านผู้ดูแลหลักโดยข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 60.00 และร้อยละ 53.30 รองลงมาคือบุตร คิดเป็นร้อยละ 16.70 และร้อยละ 23.30 ตามลำดับ

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($n = 30$)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	M	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	3.87	1.63	29	13.22	.00
หลังการทดลอง	7.90	.40			

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา

ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($M = 7.90$, $SD = .40$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.87$, $SD = 0.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.22$, $p < .01$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			df	t	p-value
	M	SD	$\bar{D}_1$	M	SD	$\bar{D}_2$			
ก่อนการทดลอง	3.87	1.63	4.03	4.73	1.96	-.03	58	10.14	.00
หลังการทดลอง	7.90	.40		4.70	1.82				

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($1 = 4.03$, $SD = 1.67$) และกลุ่มควบคุม ($2 = -0.03$, $SD = 1.42$) พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.14$, $p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเอง จะได้รับการฝึกการกำกับตนเองผ่านกระบวนการ 3 ขั้นตอน แล้วมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรับประทานยา การเกิดการเปลี่ยนแปลงในการกำกับตนเอง มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น¹¹ ผู้ป่วยที่เรียนรู้กระบวนการในโปรแกรมการกำกับตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนา ประกอบด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) โดยจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอาการของโรคซึมเศร้า สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และการรักษาด้วยยาหรือการควบคุมอาการที่เกิดจากโรคซึมเศร้าและความแตกต่างระหว่างความคิดอารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย วิธีปฏิบัติตนเมื่อได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า และวิธีการดูแลตนเอง รวมไปถึงการทบทวนการจัดการกับปัญหาในการรับประทานยาที่ผ่านมาและตระหนักในแผนการรักษาของตนเองและสร้างความมั่นใจในการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนตนเอง ด้านการกระทำ ความสม่ำเสมอ ความใกล้เคียง และความถูกต้อง

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาของตนเองที่ผ่านมา โดยในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการรับประทานยาของตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น¹² และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสำรวจปัญหาและจัดการกับความลังเลใจของตนเอง จะก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมที่ร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมที่จะส่งผลสำเร็จในการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมในการรับประทานยา¹³ พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์นำไปสู่การตัดสินใจลงมือกระทำต่อไปโดยผ่านกระบวนการการประเมินและสร้างแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจใหม่ ในกระบวนการตัดสินใจ (judgment process) ต่อเนื่องจากการค้นหาและตั้งเป้าหมายที่ต้องการในการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นเป้าหมายที่ชัดเจนด้วยตนเอง วิเคราะห์เป้าหมายของตนเองและลงมือทำเพื่อนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ (judgment process) ในการวางเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผู้ป่วยได้เรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จในการรับประทานยาที่สำเร็จโดยวิธีทำตัวแบบสัญลักษณ์ซึ่งเป็นตัวถ่ายแบบถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆ ผ่านวิถีทัศนประกอบเสียงและการบรรยาย เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลกระทบของโรคซึมเศร้า ผลจากการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า และแนวทางในการแก้ไขอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาที่ได้รับ ส่งผลให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจลงมือกระทำพฤติกรรมใหม่ เมื่อเกิดพฤติกรรมใหม่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเป็นกระบวนการสุดท้ายของการกำกับตนเอง (self-reaction) เป็นกระบวนการสุดท้ายที่จะเกิดขึ้นจะทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของบุคคล จะส่งผลในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบรรลุการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและจะนำไปสู่การพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 4.03, SD = 1.67$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -.03, SD = 1.42$) ซึ่งได้รับการพยาบาลและการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.14, p < .05$)

เมื่อพิจารณากลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง แต่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจสภาพจิตเบื้องต้น การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา และการติดตามการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองของกลุ่มควบคุม ($M = 4.70, SD = 1.82$) ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ($M = 7.90, SD = .40$)

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 4.03, SD = 1.67$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .03, SD = 1.42$) ซึ่งได้รับการพยาบาลและการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.14, p < .05$)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการกำกับตนเองเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาโรคซึมเศร้า วิทยุใหญ่ มีส่วนในการช่วยให้ผู้ป่วยได้ สังเกตและทบทวนตนเองในพฤติกรรมที่เคยกระทำมาก่อนในอดีต จึงจะสามารถกำหนดพฤติกรรมอันเป็นเป้าหมายใหม่ และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะเริ่มตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรกับพฤติกรรมของตนเอง เกิดการกำกับตนเองส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

โปรแกรมการกำกับตนเอง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรม สำหรับผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามความร่วมมือในการรับประทานยา หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ในระยะ 3, 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของความคงทนในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา

2. ควรพิจารณาการศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเอง ในรูปแบบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการดูแลรักษาพยาบาล ผ่านระบบ โทรคมนาคม โดยเฉพาะการนำเทคโนโลยีดิจิทัล และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตให้สอดคล้องกับสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไป

References

1. World Health Organization. The International Classification of diseases and related Health Problem 10th Revision classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland 2007.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva, Switzerland 2017.
3. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row 1967.
4. Robin L Lepper H. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Archives of internal medicine 2000; 16(4): 101-7.

5. Moonchai K, Sangon S, Nintachan P, Rungrungsiripan M. Factors Associated with Adherence to Medication in Major Depressive Disorder Patients. Thai Red Cross Nursing Journal 2020; 13(1): 241-60. (in Thai)
6. Srichai A, Foofoeng T, Pacharapakornsai P. Factors Related with Medication Adherence in Patients with Depression. Regional Health Promotion Center 2021; 15(38): 671-84. (in Thai)
7. Plankerd P. Depressive disorder: Nurse's role in nursing care. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2014; 15(1): 18-21. (in Thai)
8. Khamkum P, Keawkingkaew S, Nintachan P. Effects of psychoeducation program on medication adherence among patients with depression. Thammasat Medical Journal 2011; 11(4): 528-34. (in Thai)
9. Suemram P, Wattanapailin A, Yuttatri P. Correlation between Beliefs about Depression, Social Support, Medical Co-Morbidity and Drug Adherence Behavior in Elderly with Major Depressive Disorder. The Journal of Baromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima 2016; 22(1): 108-19. (in Thai)
10. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991; 50(2): 248-87.
11. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. World Health Organization Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2017; 6(1): 34-8. (in Thai)
12. 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 in Hospital for Tropical Diseases. Ramathibodi Nursing Journal 2019; 25(3): 326-39 (in Thai)
13. Miller WR, Rollnick S. Talking oneself into change: Motivational interviewing stages of change and therapeutic process. Journal of Cognitive Psychotherapy 2004; 18(4): 299-308.

สถานการณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

The Situation of Social Participation and Social Networks among the Elderly

ลลิตา เดชาวุธ¹ ดาราวรรณ รongเมือง*² ภัทร์พงศ์ อุดมพัฒน์³ จีราพร ทองดี²

Latita Dechavoot¹ Daravan Rongmuang*² Patpong Udompat³ Jeraporn Tongdee²

¹วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย 22000

¹Phrapokklao Nursing College, Chantaburi, Faculty of Nursing

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand 22000

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย 84000

²Boromarajonani College of Nursing Suratthani

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand 84000

³โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ประเทศไทย 22000

³Phrapokklao Hospital, Chantaburi, Thailand 22000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 1,960 คน จาก 5 ภาคของประเทศ โดยการสุ่มแบบช่วงชั้นและเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามสถานการณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม 3) แบบวัดเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ และ 4) แบบสอบถามความสามารถในชีวิตประจำวันพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการมีเครือข่ายทางสังคมทั้งในระดับครอบครัว และเพื่อนสนิท/เพื่อนบ้าน อยู่ในระดับน้อย โดยกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อย 3 ลำดับ ได้แก่ การเล่นเกม หรือกิจกรรมนันทนาการ ใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือถือในการส่งไลน์ อีเมล หรือค้นหาข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการฝึกอาชีพและผลิตภัณฑ์ที่เป็นภูมิปัญญาของชุมชน ตามลำดับ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, กิจกรรมทางสังคม, เครือข่ายทางสังคม, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this cross-sectional survey research was to examine the situation of social participation activities and social networks among the elderly. A total of 1,960 elderly individuals across five regions of Thailand were recruited using stratified sampling and then purposive sampling. The research instruments are: 1) a personal information questionnaire 2) the participation of the elderly in social activities, including participation in social activities, the desire for participation in social activities, and barriers to participation in social activities 3) the Lubben Social Network Scale, and 4) the Barthel ADL Index. The data were analyzed using descriptive statistics.

The study found moderate levels of social participation among the elderly, along with correspondingly moderate demand for such activities and moderate obstacles to engaging in them. Notably, the elderly scored low on social network measures for both family and close friends/neighbors. Interestingly, the three activities with the lowest participation rates across both genders were: gaming or recreational, using computers or mobile phones for communication and information (e.g., Line, email, internet browsing), and participation in vocational training and community-based product initiatives respectively.

Keywords: Participation, Social activity, Social network, Older adult

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น และอัตราส่วนเกือหนุนลดลง¹ การที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น² การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพ คงไว้ซึ่งศักยภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาระ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ และแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแล การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญของกรอบแนวคิดพัฒนาพลังเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคลและสังคม ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีความมั่นคงในชีวิต ประสบความสำเร็จ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นประโยชน์ สามารถสร้างงานที่มีผลตอบแทนเป็นตัวเงินหรือเป็นคุณค่าต่อตัวผู้สูงอายุ³ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570 ที่มีจุดมุ่งหมายในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลังของสังคม ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ภูมิปัญญาที่สั่งสมมาสู่คนรุ่นหลัง และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามศักยภาพ⁴ สอดคล้องกับนโยบายเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs) ที่ต้องการบรรลุภายในปี 2573 โดยเป้าหมายที่ 3 คือ การมี

สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ประเทศไทยจึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินการเพื่อการสร้างหลักประกันให้คนไทยมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย และลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ผ่านทางการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย⁵

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เกิดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนหรือสังคม นอกเหนือจากคนในบ้าน ซึ่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นรูปแบบกลุ่มเล็ก ๆ เช่นกลุ่มเพื่อน กลุ่มสังคม หรือการทำงาน มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ⁶ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ ได้แก่ สร้างโอกาสในการเรียนรู้ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีภาวะสุขภาพที่ดี มีชีวิตที่ยืนยาว พึ่งตนเองได้ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว เพิ่มความสามารถในการปรับตัว รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁷ และหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ทั้งเครือญาติ และเพื่อน จะเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม⁸

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตกับบุคคลอื่นในสังคมได้ยาวนาน มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือสังคม สร้างภาพลักษณ์ที่ดีของผู้สูงอายุ ปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ที่พบเห็น จากผู้สูงอายุเป็นผู้รับการช่วยเหลือ มาเป็นผู้มีความรู้และศักยภาพ เป็นผู้ให้และช่วยเหลือสังคม แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนามากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชน กิจกรรมทางการเมือง กิจกรรมทางกีฬาและนันทนาการ และกิจกรรมทางการศึกษา และศิลปวัฒนธรรม⁹ รวมทั้งระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง¹⁰ ซึ่งการมีผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างกัน¹¹ แสดงให้เห็นว่าเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรม¹² แต่ยังไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงและอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดการอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดพลุดพลัง (active aging) ขององค์การอนามัยโลกที่ประกอบด้วย การมีสุขภาพดี มีความมั่นคงในชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

ทั้งในครอบครัว หรือร่วมกับบุคคลอื่น จะทำให้เกิดประโยชน์กับตัวผู้สูงอายุ เสริมสร้างสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เกิดการรวมกลุ่มการทำงานเชิงเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดรายได้ หรือผลตอบแทนที่เป็นคุณค่าต่อตัวผู้สูงอายุ กิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในครอบครัว การทำกิจกรรมนันทนาการ การเข้าร่วมกิจกรรมด้านศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมด้านการศึกษา การทำกิจกรรมเพื่อชุมชน และการฝึกอาชีพและผลิตภัณฑ์ที่เป็นภูมิปัญญาของชุมชน การที่ผู้สูงอายุจะสามารถทำกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องอาศัย เครือข่ายทางสังคม ที่ประกอบด้วย เครือข่ายครอบครัว และเพื่อน ความต้องการการมีส่วนร่วมของตัวผู้สูงอายุเอง รวมถึงการรับรู้อุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จากภาคต่าง ๆ 5 ภาค ของประเทศไทย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ population survey กำหนด 95% Confidence Level และ Margin of Error ที่ 5 แบบทราบจำนวนประชากร ซึ่งจากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 มีจำนวน 12,241,542 คน ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างหน่วยละ 384 คน ประกอบด้วย ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,920 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,020 คน หลังจากนั้นดำเนินการสุ่มแบบช่วงชั้น (Stratified sampling) ตามพื้นที่อยู่อาศัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) ไม่เป็นภาระพึ่งพา คือมีคะแนนความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐาน ≥ 12 คะแนน 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้เข้าใจ และ 3) สมัยใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ที่มีผู้ตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์ได้ 1,960 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.02

เครื่องมือในการวิจัย

- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว จำนวนบุคคลในครอบครัว การมีผู้ดูแล และพื้นที่อยู่อาศัย

2. แบบสอบถามสถานการณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พัฒนาจากแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ¹⁰ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 0 (ไม่เคยเลย) ถึง 4 (เข้าร่วมเป็นประจำ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 0 (ไม่ต้องการ) ถึง 4 (ต้องการมาก) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 0 (ไม่เป็นอุปสรรคเลย) ถึง 4 (เป็นอุปสรรคมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน

3. แบบวัดเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุที่แปลมาจากแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ Lubben Social Network Scale (LSNS)¹³ แปลเป็นไทยโดยกัตติกา ธนะขำ เป็นเครื่องมือประเมินเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ จากเครือข่ายครอบครัวและเครือข่ายเพื่อน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ โดยประเมินจำนวนคนที่มีการสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ทั้งบุคคลในครอบครัวและเพื่อน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย), 1 (1 คน), 2 (2 คน), 3 (3-4 คน), 4 (5-8 คน) และ 5 (9 คนหรือมากกว่า) พิสัยของคะแนนอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมสูง และหากคะแนนรวมเครือข่ายครอบครัว (จำนวน 3 ข้อ) และเครือข่ายเพื่อน (จำนวน 3 ข้อ) น้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัว และเครือข่ายเพื่อนน้อย

4. แบบสอบถามความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน

10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ, แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและภาษา ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ทั้งฉบับเท่ากับ .83, .97 และ .92 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93, .94 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ 013/65 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565) ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากพื้นที่ และแจ้งการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถถอนตัวและยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลต่างๆ ที่ถูกบันทึกจะถูกทำลายภายหลังที่งานวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสืออนุมัติขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากพื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่
2. ประสานผู้รับผิดชอบหลักในพื้นที่ที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อกำหนดหมายวันและเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุตามจำนวนที่กำหนดไว้ในแต่ละแห่ง

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุ โดยการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ระยะเวลา และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องปฏิบัติในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

- ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1,960 คน เป็น

ชาย 751 คน (ร้อยละ 38.3) และหญิง 1,209 คน (ร้อยละ 61.7) มีอายุเฉลี่ย 69.79 ปี (SD=7.62) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 57.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.6 อาศัยอยู่กับลูก และคู่สมรส ร้อยละ 44.7 และ 42.1 ตามลำดับ ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 62.4 และมีบุคคลในครอบครัวน้อยกว่า 4 คน ร้อยละ 45.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.6 ส่วนมากมีรายได้ต่อเดือน 1,001-3,000 บาท ร้อยละ 21.7 แหล่งที่มาของรายได้มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.5 และจากเงินสงเคราะห์/ เบี้ยยังชีพ ร้อยละ 30.7 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 85.1 มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐาน 19.28 คะแนน (SD=1.55) และมีระดับความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ไม่ดีเลย ร้อยละ 41.6

2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุไทย อุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิด ในผู้สูงอายุชาย และหญิง (n = 1,960)

รายการ	ชาย (n = 751)		หญิง (n = 1209)	
	Mean (SD)	ระดับ	Mean (SD)	ระดับ
1. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานของท่าน หรือลูกหลานของเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนบ้าน	2.48(1.11)	ปานกลาง	2.51(1.64)	ปานกลาง
2. ท่านเข้าร่วมโครงการอบรมเพื่อเพิ่มเติมความรู้	1.81(1.16)	น้อย	1.93(1.28)	น้อย
3. ท่านเยี่ยมเยียนญาติมิตรและเพื่อนฝูง	2.23(1.08)	น้อย	2.35(1.12)	
4. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน	1.86(1.20)	น้อย	1.96(1.28)	น้อย
5. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่น หรืองานบุญต่างๆ ในชุมชน	2.23(1.13)	น้อย	2.37(1.19)	ปานกลาง
6. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมอื่น	1.79(1.20)	น้อย	1.98(1.25)	น้อย
7. ท่านเข้าร่วมการประชุมในชุมชน	1.95(1.24)	น้อย	2.03(1.30)	น้อย
8. ท่านไปปฏิบัติศาสนกิจที่วัด หรือมัสยิด หรือโบสถ์	2.20(1.20)	น้อย	2.34(1.24)	ปานกลาง
9. ท่านเล่นเกมส หรือกิจกรรมนันทนาการ เช่น หมากรุก เล่นไพ่ ร้องเพลง เดินรำ	1.23(1.21)	น้อย	1.22(1.29)	น้อย
10. ท่านใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ ในการส่งไลน์ อีเมล หรือค้นหาข้อมูล	1.51 (1.38)	น้อย	1.57 (1.46)	น้อย

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิด ในผู้สูงอายุชาย และหญิง (n = 1,960) (ต่อ)

รายการ	ชาย (n = 751)		หญิง (n = 1209)	
	Mean (SD)	ระดับ	Mean (SD)	ระดับ
11. ท่านใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือในการสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนผ่านไลน์ หรือเฟซบุ๊ก	1.61(1.22)	น้อย	1.65(1.25)	น้อย
12. ท่านเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายกับครอบครัว หรือเพื่อน	2.17(1.15)	น้อย	2.24(1.65)	น้อย
13. ท่านร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับชุมชน	1.69(1.14)	น้อย	1.84(1.25)	น้อย
14. ท่านร่วมกิจกรรมทัศนศึกษากับครอบครัว หรือเพื่อน หรือชุมชน	1.72(1.14)	น้อย	1.85(1.19)	น้อย
15. ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกอาชีพและผลิตภัณฑ์ที่เป็นภูมิปัญญาของชุมชน	1.51(1.23)	น้อย	1.58(1.27)	น้อย

จากตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม 3 ลำดับแรก ในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานหรือเพื่อนบ้าน, การเยี่ยมเยียนญาติและเพื่อน และการเข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่น หรืองานบุญ ส่วนในผู้สูงอายุหญิง ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน หรือเพื่อนบ้าน, เข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่น หรืองานบุญ และการเยี่ยมเยียนญาติและเพื่อน ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อย 3 ลำดับ ทั้งในผู้สูงอายุชาย และหญิง ได้แก่ การเล่นเกมส หรือกิจกรรมนันทนาการ, ใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ ในการส่งไลน์ อีเมล หรือค้นหาข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการฝึกอาชีพและผลิตภัณฑ์ที่เป็นภูมิปัญญาของชุมชน โดยระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง อยู่ในระดับน้อย ถึงปานกลางค่อนข้างน้อย

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม อุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

ข้อมูล	Mean (SD)	ระดับ
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	28.64 (13.09)	ปานกลาง
ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	29.75 (12.29)	ปานกลาง
อุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	22.64 (11.81)	ปานกลาง
เครือข่ายทางสังคม		
ครอบครัว	5.93 (3.08)	น้อย
เพื่อนสนิท/ เพื่อนบ้าน	5.50 (3.33)	น้อย

หมายเหตุ คะแนนเฉลี่ยเครือข่ายทางสังคม ทั้งครอบครัว และเพื่อนสนิท/ เพื่อนบ้าน หาก < 6 หมายถึงมีเครือข่ายทางสังคมน้อย และหาก > 6 หมายถึงมีเครือข่ายทางสังคมมาก

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการมีเครือข่ายทางสังคม ในครอบครัว และเพื่อนสนิท/เพื่อนบ้านอยู่ในระดับน้อย

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้น้อย ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สามารถอธิบายได้จากแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ ซึ่งรายได้เป็นความต้องการนำไปสู่การตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย และเมื่อผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายจนพอใจแล้วก็จะเกิดความต้องการขั้นสูงต่อไป¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดสระบุรี และกรุงเทพมหานคร พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง^{11, 15} และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน หรือเพื่อนบ้าน, การเยี่ยมเยียนญาติมิตร และเพื่อนฝูง และเข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่น หรืองานบุญต่าง ๆ เป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว และชุมชนที่ไม่มีรูปแบบ แต่การมีส่วนร่วมทางสังคมที่มีรูปแบบ เป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว เช่น การมีส่วนร่วมในการฝึกอาชีพและผลิตภัณฑ์ที่เป็นภูมิปัญญาของชุมชน การเข้าร่วมสมาคมต่าง ๆ หรือการเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม และการร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับชุมชน ยังมีน้อย รวมถึงกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก เช่น การเล่นเกมส์ หรือกิจกรรมนันทนาการ, ใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือในการส่งไลน์ อีเมล หรือค้นหาข้อมูล และใช้ในการสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อน ยังมีน้อยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ ไม่ดี

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุมีเครือข่ายทางสังคมทั้งในระดับครอบครัว และระดับเพื่อนสนิท/ เพื่อนบ้านในระดับน้อย สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีการถอยห่างออกจากสังคม โดยลดบทบาทอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพของร่างกาย¹⁶ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ส่งผลให้มีเครือข่ายทางสังคมน้อย นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีระดับความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ ไม่ดี และสอดคล้องกับการใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือในการส่งไลน์ อีเมล และใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือในการสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนผ่านไลน์ หรือเฟซบุ๊กเพียงบางครั้งเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเยอรมนี

พบว่าเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง โดยเครือข่ายเพื่อน จะลดลงมากเป็นสองเท่าของเครือข่ายครอบครัว¹⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศจีน ที่พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เครือข่ายครอบครัวเพิ่มขึ้น และเครือข่ายเพื่อนจะลดลง¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าหากผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้จะเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว และเพื่อน ทำให้เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วย¹⁹

2. ผลการศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยกิจกรรมที่ต้องการมีส่วนร่วม ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน บุคคลใกล้ชิด หรือเพื่อนบ้าน, การเยี่ยมเยียนญาติมิตร เพื่อนฝูง การปฏิบัติศาสนกิจที่วัด มัสยิด หรือโบสถ์, การเข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่น หรืองานบุญในชุมชน และการร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัว หรือเพื่อนนอกบ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นวัยสูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่มีความพร้อมทางด้านร่างกายสูงสุดในการทำกิจกรรม และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมจะลดลงด้วย นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทั้งกับครอบครัว และเพื่อน เกิดการแยกตัว ทำให้ความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยสูงอายุตอนต้น ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการทำกิจกรรมในเวลาว่างเนื่องจากมีความสนใจ และเห็นประโยชน์ของการทำกิจกรรมทำให้เกิดแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม²¹ และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากอาศัยในครอบครัวเดี่ยว และเป็นครอบครัวขนาดเล็ก มีสมาชิกน้อยกว่า 4 คน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ที่พบว่า การมีผู้ช่วยเหลือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ต่างกันทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างกัน ซึ่งการมีผู้ช่วยเหลือในการเดินทาง ทำให้เกิดความสะดวกจึงทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือ¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษที่พบว่า การขาดปฏิสัมพันธ์กับ

ครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน เป็นข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม²²

3. ผลการศึกษาอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เริ่มมีโรคประจำตัว มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น รายได้ที่เคยมีน้อยลง²³ ทำให้เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุมีเวลาว่างมากขึ้น แต่กิจกรรมลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมลดลง ซึ่งการศึกษารังนี้พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสหรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ, ความสามารถในการเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ต, ความสามารถในการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ หรือโทรศัพท์มือถือ, ความเสื่อมของร่างกาย เช่น การมองเห็น การได้ยิน หรือข้อเข่าเสื่อม และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง เป็นผลมาจากการมีปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพทางด้านร่างกาย และสติปัญญา²⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอิหร่าน ที่พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพ และอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม²⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งกิจกรรมทางกาย มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น รวมถึงการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุในการใช้คอมพิวเตอร์ หรือโทรศัพท์มือถือ ในการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อน ผ่านไลน์ หรือเฟสบุ๊ค เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดเครือข่ายทางสังคมได้

2. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรสร้างความเข้าใจให้กับบุคคลในครอบครัว รับรู้ถึงประโยชน์ และความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนา ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมในรูปแบบที่เป็นทางการเพิ่มขึ้น เช่น การเข้าชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน เป็นต้น โดยใช้เครือข่ายทางสังคมทั้งที่เป็นหน่วยงานทางสุขภาพ และหน่วยงานที่ไม่ใช่องค์กรทางสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai older persons 2022. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2023. (in Thai).
2. Khongboon P, Pongpanich S. Estimating long-term care costs among Thai elderly: a Phichit province case study. Journal of Aging Research. 2018; 2018: Article ID 4180565. doi: 10.1155/2018/4180565.
3. World health organization. Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Office of the National Economics and Social Development Council. The 13th national economic and social development plan (2023-2027). Bangkok: Office of the National Economic and Social Development; 2023. (in Thai).
5. United Nations Thailand. Thailand Global Goals for Sustainable Development. Bangkok: United Nations Thailand; 2015.
6. Aroogh MD, Shahboulaghi FM. Social participation of older adults: A concept analysis. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery 2020; 8(1): 55-72.

7. Lu Y, Matsuyama S, Tanji F, Otsuka T, Tomata Y, Tsuji I. Social participation and healthy aging among the older Japanese: The Ohsaki cohort 2006 study. *The Journals of Gerontology: Series A* 2022; 77(1): 106-13.
8. Lubben J, Gironde M. Centrality of social ties to the health and well-being of older adults. In: Berkman, L. and Harootyan, L., editors. *Social Work and Health Care in an Aging World*. New York: Springer Press; 2003.
9. Thavisin N, Wongsawad T. Social participation role of the elderly new age in Thawi Watthana Bangkok. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Science)* 2020; 6(1): 115-28. (in Thai).
10. Nawsuwan K, Dulyakasem U, Kaewkrachok T, Singweratham N. Social activity participation of the social-bound elderly in seven provinces of lower southern Thailand. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2019; 25(2): 181-93. (in Thai).
11. Rojanadhamkul N, Klommek J, Sriratanaprat J. Social activities participation of elder persons in Muak Lek subdistrict, Muak Lek district, Saraburi province. *Journal of Health and Nursing Research* 2020; 36(1): 15-25. (in Thai).
12. Pongpattanasit P, Koshakri R, Kasemsuk W. The effect of The Participation in Social activity Support Program on Active Ageing of the Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2023; 23(3): 266-74. (in Thai).
13. Lubben J, Gironde M. *Measuring Social Networks and Assessing Their Benefits: Social Networks and Social Exclusion*. Farnham, UK: Ashgate Publishing Limited. 2004.
14. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review* 1943; 50(4): 370-96.
15. Aunkamol P. Social participation, self-esteem and life satisfaction of the elderly at Jatuchak district in Bangkok metropolitan. *Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University* 2019; 22(1): 125-36. (in Thai).
16. Zhang X, Lin H. Disengagement theory. In *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Cham: Springer International Publishing, 2022.
17. Wendel F, Bauer A, Blotenberg I, Brettschneider C, Buchholz M, Czock D, Döhring J, Escales C, Frese T, Hoffmann W, Kaduszkiewicz H. Social network and participation in elderly primary care patients in Germany and associations with depressive symptoms—a cross-sectional analysis from the AgeWell. de study. *Journal of clinical medicine* 2022; 11(19):5940-52.
18. Zheng Z, Chen H. Age sequences of the elderly's social network and its efficacies on well-being: an urban-rural comparison in China. *Biomedical Geriatrics* 2020.
19. Kim J, Gray JA, Ciesla JR, Yao P. The impact of an internet use promotion programme on communication, internet use, and the extent of social networks among low-income older adults. *Ageing International* 2022; 47(2): 348-71.
20. Ghazi HF, Sutan R, Elnajeh M, Qader MA, Baobaid MF. The importance of social participation and networking among elderly people: short review. *Journal of Management and Science* 2017;15(1): 99-107.
21. Chalermputipong S. Leisure Activity Needs and Quality of Elderly Life at Senior Clubs in Bangkok. *Proceedings of 51st Kasetsart University Annual Conference; 2013, Bangkok: Kasetsart University; 2013. (in Thai).*

22. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: The influence of social fears and identity. *PloS one* 2015;10:e0116664.
23. Pekalee A, Vatanasomboon P. The Limited Activities of Daily Living (ADLs) among Thai Older Adults: The Evidence from the 2017 National Survey of Older Persons in Thailand. *Journal of Health Education* 2021; 44(1): 49-59
24. Pinto JM, Neri AL. Factors related to low social participation in older adults: findings from the Fibra study, Brazil. *Cadernos Saúde Coletiva* 2017; 25(3): 286-93.
25. Jalali MT, Sarikhani Y, Askarian F, Marzaleh MA, Najibi SM, Delavari S. Factors facilitating and inhibiting the social participation of the elderly in health-oriented activities in Shiraz, Southern Iran. *Biomedical Geriatrics* 2023.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรม การป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน ตำบลห้วยเหนือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of Self-Management Supporting Programs on Knowledge and
Behavioral Prevention of Exacerbations in Patients with Chronic Obstructive
Pulmonary Disease Huai Nuea Subdistrict, Khukhan District Sisaket Province

ชญานุส เข้มกั้ง* กิตติภูมิ ภิญโญ

Chayathanus Siamkang* Kittiphoom Phinyo

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

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

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลขุขันธ์ ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ 10 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t test และ Independent t test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และพฤติกรรมการจัดการตนเองระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

คำสำคัญ : ความรู้และพฤติกรรม , การสนับสนุนการจัดการตนเอง , ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

The research is a quasi-experimental research. The purpose of this study was to study the effect of a self-management support program on knowledge and exacerbation behavior of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients. The sample group was 30 COPD patients who received treatment at the COPD clinic, Khukhan Hospital in 2020-2022. The sample group was divided into 2 groups, each group of 15 people. The experimental group received the program for 10 weeks by the data collection tools as a personal information questionnaire knowledge questionnaire and self-management behaviors of patients with

Corresponding Author: *E-mail: Chayathanus13@gmail.com

วันที่รับ (received) 16 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ต.ค. 2566

ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567
Vol. 25 No.2 May - August 2024

chronic obstructive pulmonary disease Data, these were analyzed by using descriptive statistics, Paired t test and Independent t test.

The results showed that COPD patients who received the program had higher mean knowledge scores than those who did not receive the program. There was a statistically significant difference at the level of $p < .001$. There was a higher mean behavioral score than the group that did not receive the program. The difference was statistically significant at the $p < .001$ level.

The COPD patients who received the self-management support program had The post-experimental period score was higher than the pre-experimental period. The difference was statistically significant at at $p < .001$ level and self-management behavior The post-experimental period was higher than the pre-experimental period. The difference was statistically significant at the $p < .01$ level.

Keywords : Knowledge and Behavior, Self-management support , Chronic obstructive pulmonary disease patients

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่วนซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจส่วนอย่างถาวร เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งซึ่งเป็นสาเหตุการตายในระดับต้น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกโดยในปี พ.ศ. 2563-พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคนทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลปัจจุบัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 4 ของโลก¹ ในจังหวัดศรีสะเกษ มีแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้นเป็นลำดับที่ 2 ของเขตบริการสุขภาพที่ 10 กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 69 ราย อัตราตาย 4.69 ต่อแสนประชากร ประชากรกลางปี 1,470,137 ราย ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 70 ราย อัตราตาย 4.76 ต่อแสนประชากร ประชากรกลางปี 1,471,434 ราย และในปี ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 71 ราย อัตราตาย 4.82 ต่อแสนประชากร ประชากรกลางปี 1,471,783 ราย ในเขตตำบลห้วยเหนือเป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีปัญหาด้านการจราจร เนื่องจากสังคมเมืองเป็นสังคมที่มีประชากรจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหามลพิษ ประชากรจำนวนมากทำให้มีขยะจำนวนมาก ประชาชนในชุมชนมีการเผาไหม้ขยะ มีการทำเกษตรกรรมเผาไหม้ทุ่งนา ประชาชนยังมี

พฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก เกิดเป็นมลพิษส่งผลต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตตำบลห้วยเหนือที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 33 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่ม A กลุ่ม B มีทั้งหมด 30 ราย มีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนซ้ำด้วยภาวะอาการกำเริบฉุกเฉินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2562 ถึง ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 23 ราย² จากข้อมูลด้านสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีปัญหาจากอาการหายใจลำบากซึ่งมีอัตราการเข้ารับการรักษาลดเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบบริการทางสุขภาพที่ต้องหาวิธีการในการแก้ไขอย่างเร่งด่วน³ จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี ในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่สำคัญกับผู้ป่วยในการ เรียนรู้ ดูแลรักษาสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมทั้งตระหนักถึงภาวะคุกคามต่อชีวิตตนเองมองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติด้วยตนเอง การจัดการตนเองโดยมีครอบครัวคอยให้การสนับสนุน เป็นแนวทางในการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเป็นจำนวนมาก ทำให้มีนักวิชาการได้พัฒนาและเสนอแนวคิดการจัดการตนเองไว้เป็นจำนวนมาก ดังเช่น เคลียร์ ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การรวบรวมและประมวลข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและการประเมินผล (Information

processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 6) การสะท้อนการปฏิบัติ (Self-reaction)⁴ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพสภาวะทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตดีขึ้นมีทักษะและสมรรถนะในตนเองทั้ง จะจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁵

การดูแลและการสนับสนุนจากผู้ดูแลในครอบครัว คือ การรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือและการส่งเสริมที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การได้รับการยอมรับ ความใส่ใจ สนใจให้ความสำคัญจากบุคคลในครอบครัว การให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา การให้เวลาและทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน⁶

จากการศึกษาปัญหาและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนำการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยนำการสนับสนุนการจัดการตนเองมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีแบบแผน เพื่อป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคลียร์ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับที่ดีเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำไปปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันและสามารถควบคุมปัจจัยการเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

คำถามของการวิจัย

ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยก่อนการได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

2. ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

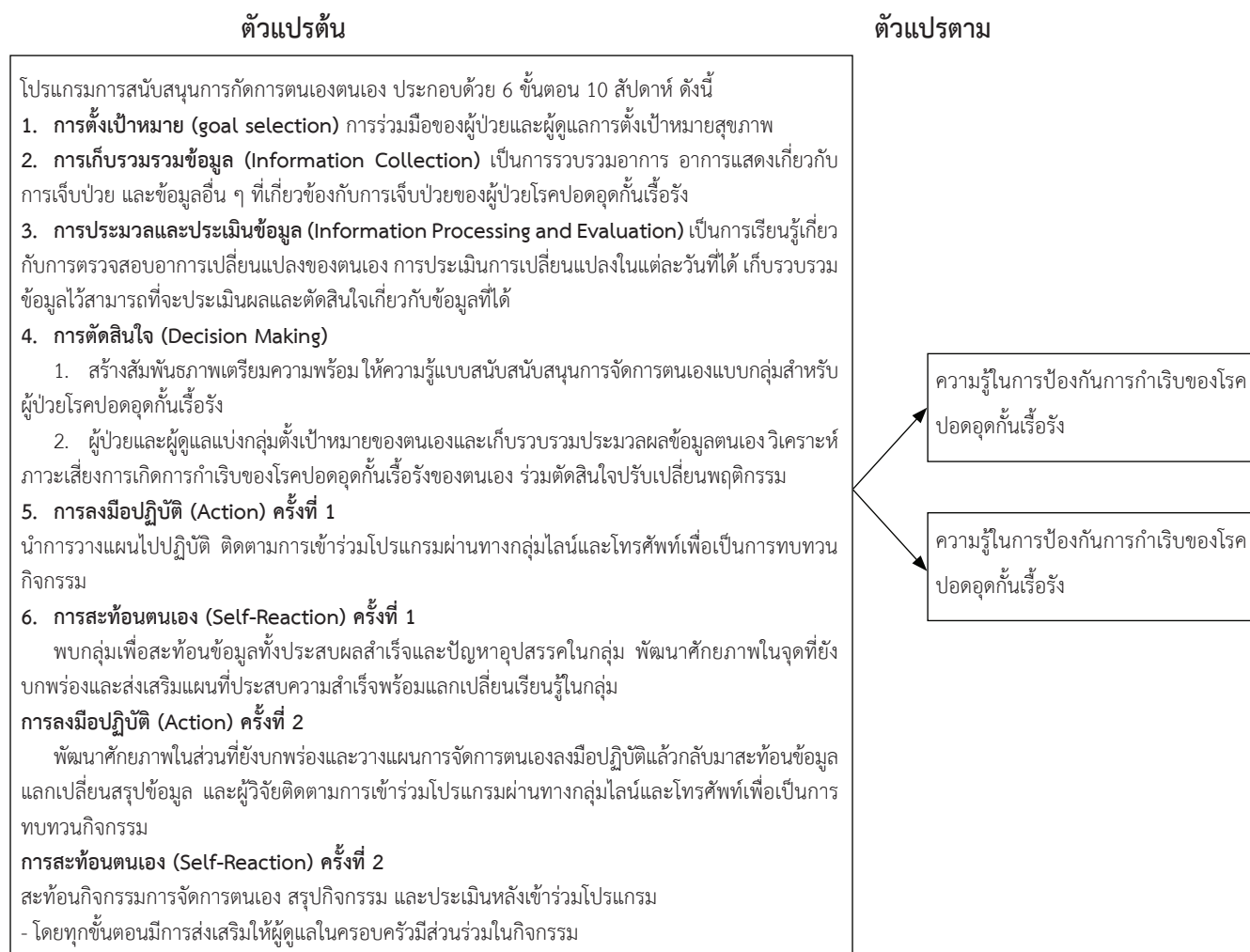
3. ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษา 2 กลุ่มวัด 2 ครั้งวัดก่อนและหลังการทดลอง วัดความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two Group Pretest - Posttest Design)⁷ คือกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยประเมินผลโดยการวัดความรู้และในการป้องกันการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในกลุ่ม A และ กลุ่ม B ตามการแบ่ง

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁸ 2563 ถึงปี พ.ศ.2564 ที่อาศัยในเขตตำบลห้วยเหนือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ราย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ซึ่งเป็นจำนวนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด โดยแบ่ง เป็นกลุ่มทดลอง 15 รายและกลุ่มควบคุม 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้วัดผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้การป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบ

ด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสูบบุหรี่ ผู้ช่วยเหลือดูแล ยาที่รับ ดัชนีมวลกาย อาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ปีที่ผ่านมา วิธีการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบและการจัดการอาการกำเริบ 16 ข้อ ด้านการพ่นยา 4 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร 4 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ และด้านการจัดการอารมณ์ 2 ข้อ คำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน ตอบ ผิด ให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการกำเริบและการจัดการอาการหายใจลำบากในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 30 ข้อ คือ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบและการจัดการอาการกำเริบ 10 ข้อ ด้านการพ่นยา 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ และด้านการจัดการอารมณ์ 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการป้องกันการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการจัดการตนเองของเคลียร์และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้เวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ 6 ขั้นตอน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้วยการคำนวณด้วยดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity : CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประเมินและพิจารณาความชัดเจน สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหา ของเครื่องมือ พบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาค่าความตรงเนื้อหาชุดแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.95 และชุดแบบสอบถามพฤติกรรม เท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้¹⁰

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาศูนย์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในตำบลตะเคียนจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ค่าที่ได้ คือ 0.83 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่าที่ได้ 0.72 สรุปผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับอยู่ในระดับดีมาก¹¹

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย HE652108 เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่สำคัญ 3 หลักการ คือ หลักเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตรายและหลักแห่งความยุติธรรม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ นำเสนอเค้าโครงการศึกษาต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและเตรียมผู้ประสานงาน 1 คน ผู้ประสานงานวิจัยมีหน้าที่เป็นผู้แจกและเก็บแบบสอบถามและเตรียมอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการศึกษา

1. กลุ่มทดลอง การดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน 10 สัปดาห์

2.1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ประเมิน ระยะดำเนินการ การให้

ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกิจกรรมการบรรยายอย่างมีส่วนร่วม

2.2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ทบทวนกิจกรรมจากสัปดาห์ที่ 1 และการให้ความรู้เรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเองตามทฤษฎี โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม

กิจกรรมที่ 3 กลุ่มทดลองและผู้ดูแลแต่ละคู่ร่วมกัน ตั้งเป้าหมายและรวบรวมข้อมูลตนเองประมวลผลข้อมูลตนเองวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามขั้นตอนที่ 1-4 ของเคลียร์

2.3 สัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยนำการวางแผนจาก

กิจกรรมที่ 3 ไปปฏิบัติที่บ้านโดยมีผู้ดูแลสนับสนุนการจัดการตนเอง ตามขั้นตอนที่ 5 (Action) ของเคลียร์

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยติดตามการเข้าร่วมโปรแกรมผ่านทางกลุ่มไลน์และโทรศัพท์เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และแผนตามกิจกรรมที่ 1-3

2.4 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 พบกลุ่มเพื่อสะท้อนข้อมูลในการปฏิบัติตามแผน ทั้งประสบผลสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในกลุ่ม ตามขั้นตอนที่ 6 ของเคลียร์ กิจกรรมที่ 6 “ผู้ดูแล ร่วมคิด” กลุ่มทดลองและผู้ดูแลแต่ละคู่เข้ากลุ่มโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คู่ ระดมความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติตัวที่ส่งผลต่อการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสรุปการสะท้อนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 7 “อุปสรรคนี้ ต้องทำอย่างไร?” บรรยายแบบมีส่วนร่วมถึงปัญหาหรืออุปสรรคของการปฏิบัติตัวที่ส่งผลต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแนวทางการแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.5 สัปดาห์ที่ 6-9 การลงมือปฏิบัติ (Action) ครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองพัฒนาศักยภาพในส่วนที่ยังบกพร่องและวางแผนการจัดการตนเอง ลงมือปฏิบัติโดยการสนับสนุนของผู้ดูแล ตามขั้นตอนที่ 5 ของเคลียร์ อีกครั้งโดยการสนับสนุนของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 8 ผู้วิจัยติดตามการเข้าร่วมโปรแกรมผ่านทางกลุ่มไลน์และโทรศัพท์เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และแผนตามกิจกรรมที่ 1-7

2.6 สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมที่ 9 สะท้อนข้อมูลและสะท้อนตนเอง สรุปกิจกรรมการจัดการตนเอง

3. กลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าที่ ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ทั้งคะแนนความรู้ ($p\text{-value} = 0.073$) และคะแนนพฤติกรรม ($p\text{-value} = 0.187$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 30 คน กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) ที่ร่วมศึกษาในครั้งนี้จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80.0 เพศหญิงร้อยละ 20.0 อายุเฉลี่ย 63.40 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 มีสถานะภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60 มีอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 3,000 รายได้เฉลี่ย 3,000-5,000 เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 46.7

กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) ที่ร่วมศึกษาในครั้งนี้จำนวน 15 คนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 เพศหญิงร้อยละ 33.3 อายุเฉลี่ย 53.73 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.3 มีสถานะภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 46.7 มีอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 40.0 และมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 3,000-5,000 คิดเป็นร้อยละ 60.0

ข้อมูลภาวะสุขภาพในกลุ่มทดลอง วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วง 5 - 10 ปี ร้อยละ 53.3 ในระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมากลุ่มทดลองมีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง 1 ถึง 3 ครั้ง ร้อยละ 53.3 รองลงมากำเริบ 4-5 ครั้ง ร้อยละ 46.7 เมื่อเกิดอาการกำเริบผู้ป่วยกลุ่มทดลองใช้วิธีการพ่นยาขยายหลอดลมที่โรงพยาบาล ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 93.3 โดยจำนวนบุหรี่ที่สู่มากกว่า 10 มวนต่อวันขึ้นไป ร้อยละ 78.7 รองลงมาคือ 6 - 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 14.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองมีผู้ดูแล ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 3 เข็ม ร้อยละ ร้อยละ 73.4

ข้อมูลภาวะสุขภาพในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วง 5 - 10 ปี ร้อยละ 60 ในระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมากลุ่มควบคุมมีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ถึง 3 ครั้ง ร้อยละ 73.3 รองลงมากำเริบ 4-5 ครั้ง ร้อยละ 26.7 เมื่อเกิดอาการกำเริบผู้ป่วยกลุ่มควบคุมใช้วิธีการพ่นยาขยายหลอดลมที่โรงพยาบาล ร้อยละ 86 ส่วนใหญ่มีประวัติการ สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.7 โดยจำนวนบุหรี่ที่สู่มากกว่า 10 มวนต่อวันขึ้นไป ร้อยละ 84.6 รองลงมาคือ 6 - 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 7.7 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มควบคุมมีผู้ดูแล ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 3 เข็ม ร้อยละ 86.7

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการทดสอบค่าที (Independent t-test)

ตัวแปร	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				ค่า t	df	P-Value
	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)				
	Mean	S.D	Mean	S.D			
1. ความรู้การจัดการตนเอง	27.57	±2.14	15.00	±3.92	16.202	29	0.000***
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองรวม	24.67	±2.76	20.37	±4.72	2.865	29	0.012*
2.1 ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบและการจัดการอาการกำเริบ	40.90	±13.17	30.37	±8.48	3.640	29	0.001***
2.2 ด้านพฤติกรรมการใช้ยาและการพ่นยา	19.97	±3.85	14.80	±4.44	4.497	29	0.000***
2.3 ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	15.97	±2.67	14.53	±3.66	1.831	29	0.077
2.4 ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย	17.50	±4.02	13.50	±4.08	4.037	29	0.000***
2.5 ด้านพฤติกรรมการจัดการอารมณ์	18.27	±4.95	13.63	±4.60	3.495	29	0.002**

หมายเหตุ *P-Value<.05 **P-Value<.01 ***P-Value<.001

หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 (t = 16.202, p < .001)

และพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (t = 2.865, p = 0.012)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test)

ตัวแปร	ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (n = 15)				ค่า t	df	P-Value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
	Mean	S.D	Mean	S.D			
1. ความรู้การจัดการตนเอง	15.53	±4.58	27.80	±1.47	9.180	14	0.000***
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองรวม	17.22	±4.50	24.67	±2.76	4.734	14	0.000***
2.1 ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว	3 0.67	±8.85	45.47	±14.68	3.24	14	0.006**
เพื่อป้องกันการกำเริบและการจัดการอาการกำเริบ							
2.2 ด้านพฤติกรรมการใช้ยา	15.53	±4.34	22.27	±2.55	4.50	14	0.001***
และการพ่นยา							
2.3 ด้านพฤติกรรมการ	14.67	±3.58	16.40	±1.88	1.54	14	0.146
รับประทานอาหาร							
2.4 ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย	13.40	±4.48	19.27	±2.94	4.28	14	0.001***
2.5 ด้านพฤติกรรมการจัดการอารมณ์	13.40	±4.48	19.93	±3.43	4.47	14	0.001***

หมายเหตุ **P-Value<.01 ***P-Value<.001

กลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ($t = 9.180, p < 0.001$) และพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ($t = 4.734, p < 0.001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในกลุ่มทดลองพบว่าความรู้การจัดการตนเองระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวความคิดการจัดการตนเองเคลียร์ โดยมี 6 ขั้นตอนเป็นแนวคิดที่สร้างให้เกิดกระบวนการคิดและตัดสินใจ สามารถวิเคราะห์ผลดีผลเสียของการปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติ

มองเห็นประโยชน์และคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ตระหนักถึงความรุนแรงที่คุกคามชีวิต การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและดูแลแบบองค์รวม และการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมระหว่าง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ดูแล¹³ และผู้วิจัยการดำเนินการประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการต่อรองและการตัดสินใจ ร่วมกัน โดยรวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ พฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการรวบรวมอาการ อาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูลเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้สามารถที่จะประเมินผลและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ 4) การตัดสินใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน หลังจากรวบรวมข้อมูลประมวลผลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน 5) การลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติทักษะการจัดการ

ตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการสนับสนุนจากผู้ดูแลและ 6) การสะท้อนตนเอง เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ เพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์การปฏิบัติจริงว่าต้องการฝึกทักษะเพิ่มเติมหรือไม่ และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งด้านการ ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบและการจัดการอาการกำเริบ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาและการพ่นยา ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย และด้านพฤติกรรมจัดการอารมณ์ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติจัดการตนเองอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกเทคนิคการหายใจแบบลึก พบว่า การจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงขึ้น ส่วนอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาระยะหลัง การทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนพบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

1) ระยะประเมินและเตรียมความพร้อม กิจกรรมครั้งที่ 1-2 (สัปดาห์ที่ 1 และ 2) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจด้วยกิจกรรมผ่อนคลายและด้านความรู้ (Knowledge) การสนับสนุนด้านความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการสร้างความจำความเข้าใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานให้เกิดการเรียนรู้ ประกอบด้วย เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบและการจัดการอาการกำเริบ การพ่นยา

การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ในกิจกรรมตามโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยการสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นการให้ความรู้และจัดกิจกรรมรายกลุ่มเป็นวิธีที่สามารถให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างความเข้าใจได้อย่างละเอียด และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

2) ระยะการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 3 - 4 และ 6 - 9 (สัปดาห์ที่ 3 - 4 และ 6 - 9) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองตามขั้นตอนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน คือ การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information Collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) การตัดสินใจ (Decision Making) การลงมือปฏิบัติ (Action) และการสะท้อนตนเอง (Self-Reaction) ดังนั้น การตั้งเป้าหมายหลักร่วมกัน คือ อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง และทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

3) ระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมครั้งที่ 5 และ 10 (สัปดาห์ที่ 5 และ 10) เป็นระยะที่ผู้วิจัยติดตามและประเมินความก้าวหน้า ของการปฏิบัติตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติการจัดการตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดผลดีในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีการทบทวนประเด็นการพูดคุยกัน มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน พบว่า การพบปะพูดคุยนั้นทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกว่าได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางสาธารณสุขและเป็นแรงเสริมให้รู้สึกว่าจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการเหนื่อยหายใจลำบากที่รุนแรง และไม่เป็นการกระตุ้นเตือนให้แรงเสริมแล้วถือเป็นการให้คำแนะนำหรือตอบข้อสงสัย เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประสบปัญหาหรือลืมนัดในบางประเด็น ดังนั้น ระยะส่งเสริมทำให้เกิดผลดีในด้านความสม่ำเสมอและกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องในด้านความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1. ควรมีการนำโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการสนับสนุน การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาว เพื่อเป็นการประเมินความคงทนของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเอง โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

References

1. Working Group for the Development of Public Health Practice Guidelines for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Guidelines for public health in chronic obstructive pulmonary disease. Bangkok: Union Ultraviolet;2010.(in Thai)
2. Medical records and statistics Khukhan Hospital fiscal annual report 2021. Sisaket: Medical Records Division Khukhan Hospital;2021. (in Thai)
3. Thoracic Society of Thailand. Guidelines for the diagnosis and treatment of COPD. Bangkok: Graphic Design;2010.(in Thai)
4. Holroyd K.A., & Creer T.L. Self-management of chronic disease: Handbook of clinical intervention and research.London: Academic Press;1986.
5. Sanee A. Self Management Program in Chronic Diseases. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 129-34.(in Thai)
6. Wongderm A. Factors to be proven in people with point obstructive pulmonary disease. Master's Degree in Nursing Thesis Adult Nursing Program Burapha Graduate School;2014.(in Thai)
7. SrisathitNarakun B. Research methods in nursing science. 5th edition. Bangkok: U&I and I ntermedia;2010. (in Thai)
8. Thoracic Society of Thailand. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in Thailand. Bangkok: Print;2021.(in Thai)
9. Charoensinrungruang W. The effect of a self-management support program in patients with obstructive pulmonary disease. Chronic, Ban Pho Hospital. Chachoengsao: Chachoengsao Provincial Public Health Office;2018.(in Thai)
10. Chaichanawirote U. Evaluation of Content Validity for Research Instrument. Journal of Nursing and Health Sciences. 2017; 11(2): 105-11.(in Thai)
11. Kanjanawasee S. Selecting appropriate statistical methods for research. 7nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. (in Thai)
12. Vanichbuncha K. Data Analysis with SPSS for Windows. Bangkok: Samlada printing house; 2017. (in Thai)
13. Bunsawat W. Guidelines for the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Khon Kaen: Khon Kaen University;2005. (in Thai)
14. Khampanut C. Effects of a self-management promotion program on operations. Self-management of dyspnea, pulmonary dysfunction, and anxiety in elderly people with COPD. Master of Nursing Thesis Geriatric Nursing Program graduate school Burapha University;2007.(in Thai)
15. Duangjai P. Effects of a self-management promotion program on medication adherence among the elderly with chronic renal failure. Master of Nursing Thesis in Geriatric Nursing graduate school Burapha University;2013. (in Thai)
16. TingsuikulBuakaew W. Effects of a Self-Management Promotion Program on Food Consumption Behavior and Body Mass Index of Obese Elderly Monks. Master of Nursing Thesis in Geriatric Nursing graduate school Burapha University;2012.(in Thai)

ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่อยู่ในระบบ การศึกษาของจังหวัดเพชรบุรี

Sexual Health Literacy among Female Adolescent Students in the Educational System, Phetchaburi Province

รพีพรรณ นาคบุบผา นิตยา ทองมา* จินตนา ทองเพชร อติญาณ์ ศรเกษตริน วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก

Rapeepan Narkbubpha Nittaya Thongma* Jintana Tongpeth Atiya Sarakshetrin Wirod Chinglek

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000

Phrachomklao College of Nursing Phetchaburi Province, Phetchaburi, Thailand. 76000

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และอธิบายประสบการณ์ของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพทางเพศที่ไม่เพียงพอในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่อยู่ในระบบการศึกษาของจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ นักเรียนหญิงอายุ 15 -19 ปี ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา จำนวน 8 แห่ง ทั้งหมด 144 คน เพื่อวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และเลือกผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับไม่เพียงพอ จำนวน 20 คน ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลางที่เพียงพอ และอาจมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรถูกต้องบ้าง ($M = 100.67$, $S.D. = 13.81$) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นหลัก 4 ด้าน ได้แก่ (1) เนื้อหาและวิธีการสอนเรื่องการกำเนิดที่แตกต่างกัน (2) เลือกรับปรึกษาแม่หรือญาติผู้หญิงก่อนที่จะรับบริการสุขภาพทางเพศ (3) ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด และ (4) การเข้าถึงสื่อที่น่าเชื่อถือในการดูแลสุขภาพทางเพศ ควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ โดยเน้นการสอนวิธีคุมกำเนิดสำหรับผู้ปกครอง และการเข้าถึงสื่อการสอนวิธีคุมกำเนิดที่น่าเชื่อถือ

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้วางแผน, การวิจัยแบบขั้นตอน, ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ, นักเรียนวัยรุ่นหญิง

Abstract

This mixed methods study, employing an exploratory sequential design, assesses sexual health knowledge and experiences of adolescent girls in Phetchaburi province. The sample consists of 144 female students aged 15-19 across secondary, vocational, and tertiary education, revealing a moderate knowledge level ($M = 100.67$, $S.D. = 13.81$) with some correct preventive practices. Qualitative analysis identifies issues like variations in reproductive health education, reliance on female relatives for advice, misconceptions about contraceptives, and use of unreliable media. Recommendations include enhancing sexual health knowledge, emphasizing contraceptive education for parents, and ensuring access to reliable educational resources.

Keyword: adolescent unplanned pregnancy, mixed method study, sexual health literacy, Female adolescent students

Corresponding Author: * E-mail: nitaya@pckpb.ac.th

วันที่รับ (received) 24 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ธ.ค. 2566

Introduction

Global initiatives, aligned with the United Nations' Millennium Development Goals (MDGs) and Sustainable Development Goals (SDGs), aim to reduce adolescent birth rates by 2030¹, a pivotal indicator for Goal 3 emphasizing well-being. Despite Thailand's declining rates (28.7 in 2020)², concerns persist due to associated risks, including health consequences, newborn risks, abortions, infant abandonment, and repercussions on mental health, education, family dynamics, and the national economy³. Notably, 56.1% of affected adolescents were students before pregnancy, 35.6% discontinued education, and 65.6% faced unintended pregnancies, with 44.2% forgoing contraception due to a lack of anticipation of sexual intercourse. Contributing factors include limited contraception knowledge (28.8%)⁴, reliance on unreliable sources (excluding public health agencies)⁵, low health literacy for preventing unplanned pregnancies (95.5%), and moderate health literacy related to pregnancy prevention (71.3%)⁶. This underscores challenges tied to inadequate communication skills for disseminating information about preventing premature pregnancies, with adolescents encountering difficulties in accessing reliable health information, often accepting media content without scrutiny or critical thinking⁷.

Adolescent pregnancy prevention has been a priority in Thailand since 2011⁸, leading to the Prevention and Solution of Adolescent Pregnancy Problems Act, B.E. 2559⁹. Various sectors implemented the National Strategic Plan for Prevention and Solution of Adolescent Pregnancy Problems 2017-2026¹⁰, with guidelines established in the Royal Gazette. Vocational and higher education institutions were required to offer age-appropriate sexuality and life skills education, promoting health literacy, and reducing unplanned pregnancies among adolescent students¹¹.

Health literacy involves utilizing health information for personal well-being¹², encompassing access, knowledge, communication, self-management, decision-making, and media literacy¹³. Lower health literacy correlates with poorer outcomes and higher healthcare costs¹⁴. Enhancing health literacy, including sexual health literacy, supports gender equality, reduces educational gaps, improves economic prospects, and breaks intergenerational poverty cycles¹⁵. Regrettably, 95.5% of female adolescents aged 15-21 lack sufficient sexual health literacy⁶. Advanced sexual health literacy could reduce the risk of early pregnancies¹⁶. A literature review in Health Region 5 reveals commendable overall health, yet Phetchaburi, a western Thai province, tops the region with a 30.46% live birth rate among 15-19-year-old females¹⁷. Research on challenges hindering sexual health knowledge in adolescents, especially females, is lacking. Investigating sexual health literacy among female adolescents, the author used a mixed methods approach¹⁸ to explore experiences, challenges, and obstacles, aiming to prevent unplanned pregnancies. This contributes to a comprehensive understanding, aiding officials and educators in tailoring solutions for adolescent sexual health literacy.

Objectives

1. To measure sexual health literacy level among female adolescent students in educational system
2. To provide explanations regarding the experiences of female adolescent students with inadequate sexual health literacy for preventing unplanned pregnancies.

Methods

This study employed an explanatory sequential mixed methods design¹⁸, utilizing

descriptive and phenomenological approaches. The quantitative phase assessed sexual health literacy among female adolescents in 39 educational institutions using multi-stage random sampling¹⁹. Eight institutions were randomly chosen (4 secondary, 2 vocational, 2 higher education) at a ratio of 4,000:1. Data collection occurred from September to November 2020. The qualitative phase focused on preventing unplanned pregnancies, targeting adolescent females with sexual health literacy scores <119. Twenty participants were purposively selected from a pool of 133 individuals, and data collection took place from January to April 2021.

Samples

Quantitative Phase: The study targeted 192 unmarried females aged 15-19 across diverse educational levels in Phetchaburi province, representing a population of 32,000 students in 39 institutions. G* Power software, with Effect Size = 0.25, Alpha = 0.05, and Power = 0.80, was used, assuming moderate adolescent knowledge²⁰. The sample size increased by 20% for sensitivity. Inclusion criteria comprised ages 15–19, communication ability, questionnaire completion skill, and a minimum 1-year enrollment. **Qualitative Phase:** For the 133 females with sexual health literacy scores <119, purposive sampling recruited 20 participants. In-depth interviews followed Holloway and Galvin's recommendation, continuing until data saturation was achieved or a minimum of 20 informants²¹.

Study Procedures

Quantitative phase: Descriptive research assessed sexual health literacy in female students across education levels. **Qualitative phase:** Phenomenology design explored individual experiences²¹ via in-depth interviews.

Instruments

The study utilized a quantitative approach with a health literacy questionnaire for Thai female adolescents⁶, covering demographic data and 38 questions assessing health knowledge, information access, communication, management skills, media literacy, and decision-making for unplanned pregnancy prevention. Scores below 119 indicated insufficient sexual health knowledge. In the qualitative phase, semi-structured interviews with three Thai adolescents, validated by three experts, explored pregnancy prevention knowledge, information sources, methods, and memorable information, with follow-up queries for elaboration after pilot testing.

Data analysis

Quantitative phase: Descriptive statistics (mean, percentage, standard deviation) were employed, with a Cronbach's alpha coefficient of .85 for reliability. **Qualitative phase:** Conventional inductive content analysis was used, following Lincoln and Guba's criteria for trustworthiness²². Credibility was ensured through discussions with an experienced researcher. Member checking involved feedback from informants. Data triangulation was achieved through observations, interviews, and field notes. Dependability and confirmability were maintained by documenting the research process and peer-reviewing the analysis.

Ethical approvals

Prachomkloa College of Nursing (Approval No. 001/2563) on 11 March 2020 and Phetchaburi Provincial Public Health Office (Approval No. 006/2563) on 15 May 2020. Participant confidentiality and informed consent were ensured.

Results

The sample comprised 144 predominantly late adolescents (75.00% aged 17-19, mean age 17.58, SD = 1.30), with 38.89% being first-year higher education students and 93.75% identifying as Buddhists. Regarding opposite-sex relationships,

36.10% had no prior experience, and 34.00% had. Parental importance was high, with 93.06% valuing their parents greatly.

1. Sexual health literacy level of adolescent female students in Phetchaburi province's educational system

Table 1: Summarized Sexual Health Literacy Level of Adolescent Female Students (N = 144)

Health Literacy Level	Amount	%
- Adequate self-practice (>120 points) for effective, sustainable unplanned pregnancy prevention, serving as a role model and advisor	11	7.64
- Adequate self-practice with some correct unplanned pregnancy prevention (90-119 points)	104	72.22
- Inadequate self-practice for unplanned pregnancy prevention (< 89 points)	29	20.14
(M = 100.67, S.D. = 13.81, Min = 66.00, Max = 132.00)		

Table 1 reveals 72.22% of adolescents with sufficient sexual health literacy, effective in preventing unplanned pregnancies. Mean scores vary across educational levels, highlighting deficits in communication skills, health knowledge, and media literacy.

2. Experiences of female adolescent students with inadequate sexual health literacy in preventing unplanned pregnancies.

2.1 Differences in contraceptive education content and methods.

2.1.1 Secondary School Level: Female adolescents learn contraception from teachers, family, and online sources, primarily through Grade 5-12 teachers in crowded classrooms. Noise hinders questions, as one informant mentioned.

"The teacher taught in front of the classroom. I understood some but not everything due to noise. Initially, I forgot about menstrual cycle count. I asked after class because of the noise." (TMBL1)

Female adolescents learn contraception from public health officials in upper secondary schools

through lectures and demonstrations, enhancing their understanding. One informant stated:

"Hospital officials used demonstrations and models for contraception education. It improved my understanding. The teacher gathered students in the high school classroom." (TMBL1)

2.1.2 In the 1st year of vocational education, female adolescents gain contraception knowledge from officials through lectures, demonstrative instructions, and small group sessions, finding their detailed and enjoyable approach beneficial. One informant stated:

"In the 1st semester, public health officials taught students from various classes about protection methods, condom use, and contraception. Using PowerPoint, demonstrations, and role plays, the session was enjoyable, enhancing my understanding." (TMPN7)

2.1.3 In the first year of higher education, female adolescents acquire knowledge in an anatomy course with integrated contraception content, including condom use, physical changes, and

fertilization, enhancing their understanding of pregnancy mechanisms. An informant stated:

"In anatomy class, the lecturer explained male and female physical changes, condom use, contraception methods, menstruation, embryology, and ovulation. Improved understanding of pregnancy resulted." (TMC1)

2.2 Seeking advice from mothers or female relatives before seeking health services.

2.2.1 Being advised about the access to health data and health service centers e.g. reliable websites and health service centers for consulting health problems. According to an informant,

"Health officials advised checking reliable data on vaginal discharge and menstrual cramps from the Ministry of Public Health's website. Facing irregular periods and dark menstrual blood, I sought information on potential causes and care." (TMPN5)

However, female adolescents choose to consult mothers or female relatives prior to receiving sexual health problem treatment services from public health officials.

2.2.2 Seeking health care advice from family such as mothers and female relatives before taking services from health care providers or in applying into self-care. The arguments of informants were as follows:

"I had irregular menstrual cycle, and, after my search, I knew that it might be uterine or hormonal abnormality. I consulted my mom, and she took me to the doctor." (TMPN5)

"I had menstrual cramps in some months. I did not know what went wrong with me at the time so I googled it and visited the hospital's website, but I could not remember its name. I was told about painkiller named 'Ponstan', a pack of yellow, round/oval, relatively big tablets. I also consulted my sister, and she bought it for me."

(TMBL2)

Besides, female adolescents seeking sexual health problem advice from family without further data from any other sources are found too. An informant claimed as follows:

"I had an awful abdominal pain and stomachache during the period. I told my mom. She bought me menstrual painkiller. I had to get some rest after taking it." (TMBL1)

2.3 Misconceptions about contraceptive methods

2.3.1 Female adolescents commonly hold misconceptions about contraception, including pill intake, forgetting, suitable timing, and its action, indicating gaps in accurate knowledge about birth control methods. The claims made by informants included:

"If I forget to take monthly contraception pills for 2 days, I can continue taking it the day after, one each daily." (TMPN7)

Some female adolescents fail to understand menstrual cycle count while at secondary school level. However, after taking higher-education anatomy course with the contents of fertilization, they can understand it. An informant said as follows:

"I initially struggled to understand contraception through menstrual cycle count in secondary school. However, in the first year of higher education, the lecturer clarified fertilization and the connection to menstrual cycle count for contraception." (TMC4)

2.4 Accessing unreliable media for sexual health information.

2.4.1 Most female adolescents seek sexual health information on online platforms like Google and Facebook, which are not official Ministry of Public Health websites. Consequently, the knowledge obtained may lack reliability for addressing sexual health issues accurately, as per informants.

“When I had menstrual cramps, I read some Facebook posts where experiences were shared saying that a girl had a hysterectomy because she took menstrual painkillers excessively. Although I still had menstrual cramps every month, I stopped taking them and had to tolerate the pains. I did not visit doctors.” (TMPN1)

“I had a problem of delayed period, so I googled and read the first one that I saw. I looked at the first and second pages. I chose the most viewed one.” (TMC6)

2.4.2 Female adolescents often rely on online platforms like Google and Wikipedia for contraception information, favoring websites with high views. However, Wikipedia’s content editability makes it less reliable, as highlighted by one informant.

“I was doubtful about menstrual cycle count. I sought Wikipedia. It was reliable and most people used it too.” (TMC3)

“I googled the topics I wished to find such as emergency contraception pill intake. I chose the first one or the one on the top lines or the one with a high number of views.” (TMC2)

Discussions

1. In Phetchaburi’s education system, adolescent females demonstrate satisfactory sexual health knowledge and practices, potentially reducing early pregnancies. A survey in Health District 5 found their knowledge and skills scores adequate (mean = 63.57)²³. Understanding sexual health empowers individuals for self-care, aligning with a decrease in teenage pregnancies from 533 cases in 2019 to 345 in 2021²⁴.

2. Examining sexual health knowledge across education levels reveals varying competencies. Decision-making skills are highest, aligning with the National Strategy for Adolescent Pregnancy Prevention⁹. Comprehensive sexuality education

spans developmental stages, relationships, growth, behaviors, health, and socio-cultural dimensions⁸. This helps prevent untimely pregnancies through informed choices. Female secondary education students display the lowest proficiency, particularly in communication skills²⁵. In vocational education, misconceptions, especially regarding contraceptives, contribute to teenage pregnancies²⁶. At higher education levels, students lack media and information knowledge, often seeking pregnancy prevention information from non-authoritative online sources⁵. Reinforcing contraceptive knowledge is crucial for informed decisions, enhancing sexual health education for adolescent females’ well-being and development.

3. The study underscores adolescent pregnancy prevention through diverse teaching methods and trust in healthcare providers. Mothers, given their close relationships with adolescents, play a pivotal role in sexual health education. Many adolescents hold misconceptions about emergency contraception, including incorrect timing and effectiveness. Intarakumhang’s findings highlight the influence of sexual health knowledge on preventing adolescent pregnancies²⁷. To ensure proper understanding of contraception methods, comprehensive knowledge, including emergency contraception, should be conveyed. Despite Wikipedia’s unreliability, adolescent females often seek information on online platforms like Google, emphasizing the need for credible sources in enhancing knowledge and reducing reliance on non-authoritative platforms for pregnancy prevention⁵.

Recommendations from the research findings

1. Caregivers, including teachers and parents, must enhance adolescent sexual health awareness, emphasizing communication, knowledge, and media literacy, and addressing contraceptive side effects for

accurate understanding.

2. Schools should empower adolescents with activities/curricula for informed decisions, emphasizing reliable online sources for sexual health information.

Recommendations for future research

Implementing a sexual health program emphasizing communication, knowledge, and media literacy skills requires family involvement for reliability.

References

1. Office of the National Economic and Social Development. Sustainable Development Goals (SDGs); 2015. (in Thai)
2. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Statistics on Adolescent Births Report, Thailand; 2020. (in Thai)
3. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Abortion Surveillance Report, Thailand; 2020. (in Thai)
4. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Teenage pregnancy surveillance report; 2021. (in Thai)
5. Narkbubpha R, Deoisares W, Pongjaturawit Y, Graham M, & Whitfield C. Experiences of sexual health literacy in sexual relationship among female adolescent students with unplanned pregnancy: A qualitative study. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2020; 15(2): 106-15.
6. Health Education Division, Department of health service support, Ministry of Public Health. Health literacy scale for unwanted pregnancy prevention of Thai female adolescents; 2014. (in Thai)
7. Ngomsangad Y, Srisuriyawet R, & Homsin P. Factors influencing health literacy related pregnancy prevention among female adolescent students in Si Sa Ket Province. The Public Health Journal of Burapha University. 2019; 14(2): 37-51. (in Thai)
8. Ministry of Social Development and Human Security. Prevention and solution of adolescent pregnancy problems Act, B.E. 2016; 2016. (in Thai)
9. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. the National Strategic Plan for Prevention and Solution of Adolescent Pregnancy Problems 2017-2026; 2017. (in Thai)
10. Legal Affairs Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security. Ministerial Regulations Determining Types of Service Places and Operations of Hospitals to Prevent and Solve Adolescent Pregnancy Problems, B.E. 2019; 2019. (in Thai)
11. Ghanbari S, Ramezankhani A, Montazeri A, & Mehrabi Y. Health literacy measure for adolescents (HELMA): Development and psychometric properties. PLoS One. 2016; 11(2): 1-12.
12. World Health Organization. Health literacy and health promotion: definitions, concepts, and examples in the Eastern Mediterranean Region; 2009.
13. Nutbeam D. Defining and Measuring Health Literacy: What can we learn from literacy studies?. International Journal of Public Health. 2009; 54(5): 303-5.

14. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, & Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2011; 155(2): 97-107.
15. World Health Organization. Sexual and reproductive health literacy and the SDGs; 2016.
16. Tangnorakul P, Sananreangsak S, & Teerarungsikul N. The relationship between sexual health literacy and sexual behavior among middle school female students. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2019; 46(3): 607-620. (in Thai)
17. Health Data Center, Ministry of Public Health. The live birth rate in females aged 15-19 for the fiscal year 2021; 2022. (in Thai)
18. Creswell, John W., & J. D. Creswell. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2018.
19. Polit, Denise F. & Cheryl Tatano, Beck, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
20. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
21. Holloway, I., & Galvin, K. *Qualitative research in nursing and healthcare*. UK: John Wiley & Sons; 2017.
22. Lincoln YS, & Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985.
23. Srisamran P, & Khannaruk S. Knowledge of sexuality education and life skills for adolescents aged 10-19 years in health district 5; 2021. (in Thai)
24. Health District Office 5. *Monitoring the Maternal Mortality Rate in Females Aged 15-19 Fiscal Year 2021*; 2021. (in Thai)
25. Ngomsangad Y, Srisuriyawet R, & Homsin P. Factors influencing health literacy related pregnancy prevention among female adolescent students in Si Sa Ket province. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2019; 14(2): 37-51. (in Thai)
26. Charoensirivilai P, Deosres W, & Wacharasin C. Factors influencing stage of readiness to postpartum contraceptive use among unplanned adolescent pregnancy. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2015; 16(2): 88-96. (in Thai)
27. Intarakamhang U. *Health Literacy: Measurement and Development*. Bangkok: Sukhumvit Printing; 2017. (in Thai)

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในมุมมองทางการพยาบาล

Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients in Vajira Hospital in Nursing Perspective

กิตติญาภรณ์ พันวิไล¹ สติธย์ พันวิไล*² รติกร อัครวงศาพัฒน์³ ชีพาคม ภาภัทราดล¹ ฉวีวรรณ สระสงค์¹
Kittiyaphorn Panvilai¹ Sathit Panvilai*² Radeekorn Akkarawongsapat³ Cheepakhom Papattaradol¹ Chaweewon Srasong¹

¹มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10300

¹Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand 10300

²คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10600

²Faculty of Science and Technology, Bansomdejchaopraya Rajabhat University, Bangkok, Thailand 10600

³คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

³Faculty of Science, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

ปลายปี พ.ศ. 2562 มีรายงานการพบผู้ป่วยอาการปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมาได้มีการระบุสาเหตุของการติดเชื้อว่าเป็นไวรัส SARS-CoV-2 เรียกว่าโควิด-19 การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและติดตามข้อมูลของผู้ป่วยวิกฤติของโรคโควิด-19 เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล งานวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่เก็บข้อมูลในแบบบันทึกช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 โดยอธิบายรายละเอียดลักษณะทางคลินิก ข้อมูลประชากร รังสีวิทยา และผลทางห้องปฏิบัติการ อีกทั้งยังติดตามข้อมูลการรักษาผู้ป่วยวิกฤติโควิด-19 ผู้ที่ได้รับการรักษามีทั้งสิ้น 7 ราย มีค่ามัธยฐานของอายุ 35 ปี เป็นชาย 5 ราย หญิง 2 ราย มีชายสองรายที่มีอาการรุนแรงซึ่งหนึ่งในนั้นมีอาการขั้นวิกฤติ อาการของโรคประกอบด้วย การไอ เจ็บคอ มีไข้ หายใจลำบาก และน้ำมูกไหล ที่สำคัญผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงพบมีตัวบ่งชี้ทางชีวภาพบ่งชี้การอักเสบเฉียบพลันในร่างกาย เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติไม่ได้มีโรคร่วม ผลการศึกษาผู้ป่วยวิกฤติพบว่าลักษณะทางคลินิกประกอบด้วย ARDS, AGE, GIH, ลำไส้อักเสบ อาเจียนเป็นเลือดรวมถึงภาวะ MPC และ GGO ผลการติดตามพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง ขณะที่ผู้ป่วยวิกฤติก็ไม่ได้มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ผลจากการศึกษานี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคโควิด-19 เกิดองค์ความรู้และการจัดการของพยาบาลในการรับมือสถานการณ์โรคโควิด-19 ได้อย่างจำเพาะตามบริบทและชีวิตของประชาชนในสังคมเมือง

คำสำคัญ: ลักษณะทางคลินิก, ผู้ป่วยติดเชื้อ, โรคโควิด-19, มุมมองทางการพยาบาล

*Corresponding e-mail: scsathit@bsru.ac.th

Abstract

In late 2019, there was a report of a cluster of unfamiliar pneumonia cases emerged in Wuhan, China, which then identified SARS-CoV-2 as the causative agent of COVID-19. This study aimed to study the clinical characteristics of COVID-19 patients in the Vajira Hospital and follow the data of critical COVID-19 patient to be informative for nursing. The study design was a retrospective descriptive study and relied on purposive sampling that was collected in record form from August to September 2020. We described clinical, demographic, radiological, and laboratory findings as well as followed the medical history of a critical COVID-19 patient. The results showed that there were seven patients with a median age of 35, comprising five men and two women. Two male patients developed severe disease, and one progressed to critical COVID-19. The chief complaints included cough, sore throat, fever, shortness of breath, and rhinorrhea. Both severe patients exhibited biomarkers indicating acute inflammation in the body. Notably, the patient with no comorbidities developed critical symptoms. The result of critical COVID-19 found that clinical characteristics encompassed ARDS, AGE, GIH, colitis, coffee-ground emesis, as well as MPC, and GGO. The following result revealed that most COVID-19 patients in our study presented with mild illness, while critical COVID-19 symptoms did not exhibit any identifiable risk factors. These results contribute to understanding the clinical characteristics of COVID-19 patients, enhancing the knowledge and management of nurses for handling the COVID-19 situation specifically according to an urban context and lifestyle.

Keywords: Clinical characteristics, Infected patient, COVID-19, Nursing perspective

Introduction

In December 2019, an outbreak of pneumonia cases caused by an unidentified pathogen emerged in Wuhan, Hubei Province, China. The subsequent detection of the first case outside China occurred in Thailand. The responsible agent for this disease was identified as a severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). The disease is referred to as coronavirus disease 2019 or COVID-19¹. As of May 24, 2021², the World Health Organization (WHO) reported that approximately 166 million people worldwide had been infected with SARS-CoV-2. This virus has demonstrated a higher rate of transmission compared to SARS-CoV and MERS-CoV. However, while SARS-CoV-2 spreads rapidly, only a small percentage of infected individuals have experienced severe symptoms, which can include pneumonia, pulmonary edema, and acute respiratory distress syndrome (ARDS)³. The clinical characteristics of

COVID-19 in the general population comprised fever, cough, dyspnea, malaise, fatigue, and sputum/secretion, while other common symptoms were neurological symptoms, dermatological characteristics, anorexia, myalgia, sneezing, sore throat, rhinitis, goosebumps, headache, chest pain, and diarrhea⁴. Severe illness is often prevalent among vulnerable groups, such as the elderly, obesity, and underlying health conditions. Furthermore, there were variations in hospitalization and mortality rates among different ethnic groups. Specifically, individuals of Black and South Asian descent demonstrated a higher possibility of requiring ICU admission⁵. Since the emergence of SARS-CoV-2, the clinical characteristics of COVID-19 have been documented in patients from various regions. Evidently, it is imperative that nurses near patients possess a comprehensive understanding of clinical characteristics within the distinctive framework of urban citizenship.

Such nursing knowledge serves as a fundamental asset in the surveillance and strategic invention of patient healthcare as well as preparing the preventive measures of COVID-19 transmission. In brief, a consideration of the patient service setting within each nursing sector underscores the necessity of a foundational comprehension of clinical characteristics to effectively orchestrate the tailored progression of nursing practices⁶.

Objectives

The objectives were to describe the clinical, laboratory, and radiological characteristics of the confirmed cases of SARS-CoV-2 infection and to follow the clinical outcomes of critical COVID-19 patient in the Vajira Hospital to be the nursing knowledge for suitable practice in patient healthcare.

Material and Methods

Participants and data collection. This retrospective descriptive study focused on seven COVID-19 patients, which was defined as a purposive sampling, in the Vajira Hospital during the period of August to September 2020.

Procedures. Data in chart reviews were collected in the record form by which the index of item-objective congruence (IOC = 0.8) and content validity index (CVI = 0.9) were determined. Firstly, we encompassed demographic information, exposure history, clinical characteristics, chest X-ray and chest CT scans, and laboratory test results. The laboratory testing included counting white blood cells (WBCs), lymphocytes, eosinophils, and platelets. Biomarkers and biochemical testing in the serum, such as C-reactive protein (CRP), procalcitonin (PCT), lactate, sodium, potassium, and interleukin-6 (IL-6), were specifically analyzed in severe cases. Chest X-rays were performed for all patients upon admission, while chest CT scans were conducted only for critical

COVID-19 patients. Severe illness was defined by the diagnosis of progressive pneumonia, while critical COVID-19 was determined by the need for ICU admission and connection to a ventilator via an endotracheal tube. Secondly, we considered in term of microbiology. The infected patients with SARS-CoV-2 were confirmed by real-time RT-PCR, targeting the viral N and ORF1ab genes. A Ct value of <37 was considered a positive result. Additionally, for patients who presented fever, rapid test kits were employed to simultaneously screen for influenza A and B infections. Lastly, we detailed the patients who were diagnosed with pneumonia underwent further testing for bacterial co-infections, particularly *Mycobacterium tuberculosis*, using sputum culture and acid-fast staining. To investigate bacteremia in patients with prolonged fever, urine culture and blood culture were performed. Stool samples from patients with diarrhea were collected to determine pathogenic enteric bacteria. In the case of people who have a risky history, HIV and hepatitis examinations were conducted.

Statistical analysis. Data collected as continuous values were represented as mean±sd, median, and simple range. The categorical values were expressed as numbers and percentages. Data analysis was computed using Office365 software (Academic License).

Ethical approval statement

This study was approved on August 6, 2020, by the Vajira Hospital Ethic Committee (COA099/2020), and written informed consent was received from patients prior to enrolment and data collection.

Results

Demographic information and clinical symptoms on admission. We included seven patients who tested positive for SARS-CoV-2 using real-time RT-PCR.

Table 1 Demographic information and baseline characteristics of seven COVID-19 patients on admission

Demographics and Characteristics	Patients (n = 7)	Disease severity	
		Non-severe (n = 5)	Severe (n = 2)
Age—median (max-min)	35 (20-66)	27 (20-59)	55.5 (45-66)
Gender—no. (%)			
Female	2 (28.6)	2 (40)	0 (0)
Male	5 (71.4)	3 (60)	2 (100)
Body mass index (BMI)—mean±sd (obesity; ≥30)	22.5±3.6	21.2±3.4	25.8±0.7
Exposure history—no./total no. (%)			
Tourism contact	3 (42.9)	1 (20)	2 (100)
Community contact	4 (57.1)	4 (80)	0 (0)
Chief complaint on admission—no./total no. (%)			
Cough	6 (85.7)	4 (80)	2 (100)
Sore throat	5 (71.4)	4 (80)	1 (50)
Fever (>37.5°C)	3 (42.9)	1 (20)	2 (100)
Shortness of breath	2 (28.6)	0 (0)	2 (100)
Rhinorrhea	1 (14.3)	1 (20)	0 (0)
One sign and symptom	1 (14.3)	1 (20)	0 (0)
More than one sign and symptom	6 (85.7)	4 (80)	2 (100)
Comorbidity—no./total no. (%)			
Diabetes mellitus type 2	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Chronic kidney disease stage 4	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Hypertension	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Dyslipidemia	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Mature depressive disorder	1 (14.3)	1 (20)	0 (0)
Previous history of TB—no./total no. (%)	1 (14.3)	1 (20)	0 (0)
Allergy history—no./total no. (%)	1 (14.3)	1 (20)	0 (0)
Surgery history—no./total no. (%)			
Open reduction of fracture with internal fixation	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Appendectomy	1 (14.3)	1 (20)	0 (0)
Incision with drainage of skin and subcutaneous tissue	1 (14.3)	1 (20)	0 (0)
Smoker—no./total no. (%)	2 (28.6)	1 (20)	1 (50)
Vaccination—no./total no. (%); Influenza A	1 (14.3)	1 (20)	0 (0)
Chest X-ray— no./total no. (%); Abnormal finding	3 (42.9)	1 (20)	2 (100)
- Bilateral lung	1 (33.3)	0 (0)	1 (50)
- Single lung—right	2 (66.6)	1 (20)	1 (50)

From table 1, the median age was 35 years, ranging from 20 to 66 years. All patients were suspected to have contracted SARS-CoV-2 infection through direct exposure to tourism or community contacts. The chief complaints of the infected patients were observed. In the case of the two severe patients, the main symptoms were cough, fever, and shortness of breath. One had pre-existing comorbidities, including diabetes mellitus type 2, chronic kidney disease stage 4, and hypertension. This severe patient was a current smoker with a long history of smoking. The another progressed to critical COVID-19 symptoms but had no risk factors or comorbidities. Chest X-rays were

performed in all patients, revealing abnormalities in three cases. One non-severe and one severe cases showed aberrations in a single lung, while the severe case displayed bilateral lung abnormalities. The ground glass opacity (GGO) and haziness exhibited in the right lung on the chest X-ray in common patients, whereas the patchy opacity and small ground glass opacity showed in both lungs of the severe patient.

Characteristics, radiological and hematological findings during hospitalization.

Throughout hospitalization, common clinical characteristics in COVID-19 patients were described.

Table 2 Characteristics and laboratory findings of seven COVID-19 patients during hospitalization

Characteristics	All patients (n = 7)	Disease severity	
		Non-severe (n = 5)	Severe (n = 2)
Clinical characteristics —no./total no. (%)			
Fever (>37.5°C)	7 (100)	5 (100)	2 (100)
Cough	6 (85.7)	4 (80)	2 (100)
Fatigue	5 (71.4)	4 (80)	2 (100)
Chest tightness/dyspnea	3 (42.9)	2 (40)	1 (50)
Diarrhea	3 (42.9)	2 (40)	1 (50)
Abdominal pain	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Emesis	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Coffee ground	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Radiological characteristics —no./total no. (%)			
Chest CT—Abnormal finding			
Bilateral lung; multifocal peripheral consolidation/Ground glass opacity	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Complication —no./total no. (%)			
Acute respiratory distress syndrome (ARDS)	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Admission to ICU —no./total no. (%)			
	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Hospitalized periods —mean±sd			
	11.7±8.1	7.2±2.4	23.0±4.2
Clinical outcome —no./total no. (%)			
Discharged cases	7 (100)	5 (100)	2 (100)
Blood tests			
Leucocytes—mean±sd (x10 ³ cell/mm ³ ; normal = 4-10)	5.4±0.9	5.4±1.0	5.5±0.9
Lymphocytes—mean±sd (normal = 20-45%)	30.0±9.6	34.5±5.3	18.8±9.8
<20%—no./total no. (%)	1 (14.3)	0 (0)	1 (50)
Eosinophils—mean±sd (normal = 0-8%)	1.5±1.1	1.5±1.0	1.4±2.0
Platelet count—mean±sd (x10 ³ cell/mm ³ ; normal=150-400)	229.7±57.4	236.4±66.0	213.0±39.6

From table 2, the clinical characteristics consist of fever (100%), cough (85.7%), fatigue (71.4%), chest tightness/dyspnea (42.9%), and diarrhea (28.6%). However, severe patients exclusively experienced abdominal pain (14.3%), emesis (14.3%), and coffee ground (14.3%). Only one severe patient exhibited lymphopenia with a count of 11.9×10^3 cells/mm³. The patient with abnormalities in both lungs upon admission subsequently developed severe pneumonia and acute respiratory distress syndrome (ARDS), necessitating admission to ICU. Severe patients had longer hospital stays compared to non-severe patients. Nonetheless, all patients successfully recovered and were discharged within four weeks. In severe and critical patients, biomarkers of acute inflammation (CRP and IL-6), bacterial systemic infection (PCT and lactate), and gastrointestinal symptoms (Na⁺ and K⁺) were evaluated. The raised levels of CRP (>10 mg/L) and IL-6 (>7 pg/ml) were detected in both patients, while the remaining biomarkers fell within the normal range.

Microbial laboratory testing. Nasopharyngeal and throat swabs were collected from all patients to detect SARS-CoV-2 genome. The real-time PCR yielded positive results for patients with chief complaints upon admission. The cycle thresholds (Ct) for severe and critical COVID-19 patients were 19.31 and 33.83, respectively. Furthermore, four patients were tested for influenza A and B infections to rule out the possibility of influenza viruses causing high fever, and the results came back negative. Additionally, one patient, who worked as a bar-host, underwent further testing for HIV infection, which yielded a negative result. In the critical COVID-19 patient, the presence of HBV antibodies was detected, indicating a pre-existing HBV infection.

Clinical characteristics of critical COVID-19.

The 45-year-old man presented with cough, fever, and shortness of breath. He experienced a prolonged fever

(>38°C) that persisted for 14 days. On day 3, acute gastroenteritis (AGE) and colitis were observed, followed by signs of liver injury on day 6. A chest CT scan performed on day 6 revealed multifocal peripheral consolidation (MPC) and GGO in both lungs (Figure 2b). By day 7, he developed acute respiratory distress syndrome (ARDS) with low peripheral oxygen saturation (SpO₂<96) and acute respiratory failure. The ward's nurse watchfully monitored the breathing rate and oxygen supply in the patient to inform the physician appropriately. Oxygen support was provided through an endotracheal tube, and on day 8, he was transferred to ICU in an isolation room. On day 12, he experienced gastrointestinal hemorrhage (GIH) with coffee ground appearance and diarrhea. Increased levels of aspartate aminotransferase (AST) and alanine aminotransferase (ALT), biomarkers indicating liver injury, were detected on day 6. Additionally, the presence of HBV antibodies was confirmed on day 27. The antiviral drug was initiated with oseltamivir for 5 days, followed by chloroquine+lopinavir/ritonavir on day 6 and favipiravir on day 7. On day 16, a subsequent viral RNA test became a negative result. The antiviral drugs were discontinued on day 17, while antibiotic treatments continued for >4 days. Ultimately, the patient recovered and was discharged on day 28 which the nurse suggested prevention and disease transmission as well as self-observation in abnormal breathing and deficit oxygen condition toward patients and their family members.

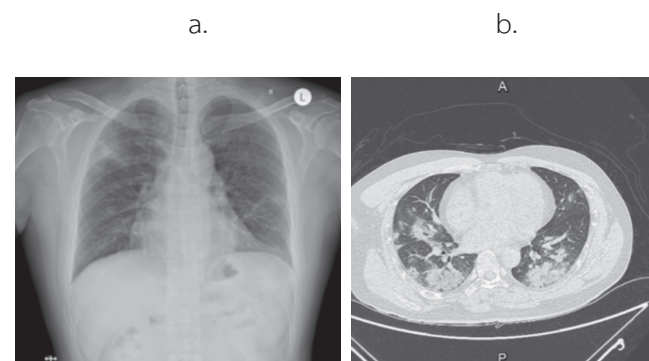


Figure 1 The chest X-ray photograph and chest CT scan of the critical COVID-19 patient. (a) The chest X-ray showed bilateral abnormality in both lungs. (b) The chest CT showed MPC and GGO in both lungs.

Nurses played a role in caring for COVID-19 patients, managing supportive care, notifying physicians in closely monitoring cases, and performing a treatment plan, as well as infection control. Discriminating between non-severe and severe cases of COVID-19 is necessary in nursing roles to provide appropriate care and prioritize resources effectively. The key knowledges acquired from this study included geodemography of patients, understanding symptom differentiation, vital signs monitoring, risk assessment, assessing disease severity, respiratory support, fluid management, and critical care interventions.

Discussion

The COVID-19 outbreak in Thailand began with the first reported case on January 8, 2020^{7,8}. The Vajira Hospital had been designated by the government for managing COVID-19. During the initial outbreak, individuals suspected of being at risk underwent real-time PCR testing. We enrolled seven COVID-19 patients who showed chief complaints upon admission. These complaints included cough, sore throat, fever, and shortness of breath, which are commonly recognized symptoms associated with COVID-19⁹. Among patients, two male patients developed severe symptoms, and one progressed to critical symptoms. Consistent with severe COVID-19 cases, common features such as GGO and consolidation in the bilateral lungs were observed. These features are known to contribute to the development of dyspnea and ARDS commonly associated with severe COVID-19¹⁰. Previous reports highlighted risk factors associated with the severity of COVID-19, including the elderly, obesity, and

comorbidities¹¹⁻¹³. In contrast, this study observed that critical COVID-19 did not possess such risk factors. On day 7, a deterioration in respiratory symptoms was observed, coinciding with a timeframe consistent with previously reported cases¹. Moreover, he possessed the anti-HBV antibody, implying a pre-existing HBV infection. The severity of COVID-19 symptoms could potentially be mitigated due to the indirect interaction between the HBV antibody and SARS-CoV-2¹⁴. Nevertheless, another study revealed no correlation between pre-existing HBV infection and the severity of COVID-19 symptoms¹⁵. Moreover, patients with severe and critical COVID-19 display elevated levels of inflammatory biomarkers such as CRP and IL-6, which can potentially serve as prognostic indicators¹⁶. Curiously, in a specific case study involving a 66-year-old male patient with underlying health conditions, the individual demonstrated lower levels of CRP, IL-6, and lymphopenia compared to a critical COVID-19 case. Despite these factors, the patient still developed pneumonia without any complications. These findings underscore the need for further research to better understand the risk factors associated with the disease and improve nursing healthcare for severe COVID-19.

During that period, no specific antiviral medications were available to treat COVID-19. However, the critical COVID-19 was administered oseltamivir. Oseltamivir was repurposed for use against SARS-CoV due to the similarity between the active site on the spike protein of SARS-CoV and the structure of neuraminidase¹⁷. However, our findings were consistent with the ineffectiveness of oseltamivir in treating COVID-19¹⁸. In contrast to favipiravir emerged as a promising antiviral drug. It has demonstrated broad-spectrum activity against RNA viruses, including SARS-CoV-2, *in vitro*¹⁹⁻²⁰. The critical COVID-19 received favipiravir on day 7, initially coinciding with worsening respiratory symptoms.

Additionally, a combination of lopinavir/ritonavir (LPV/r) and chloroquine was administered from day 6 to day 17. Chloroquine began as the most recommended drug to inhibit SARS-CoV-2 replication, supported by in vitro studies demonstrating their antiviral activity against the virus²¹. However, the use of chloroquine as a treatment for COVID-19 was eventually discontinued due to its inefficacy in COVID-19. Notably, coffee ground appearance and diarrhea occurred during the antiviral treatment. These adverse effects could potentially be attributed to the gastrointestinal side effects associated with LPV/r and chloroquine that caused hepatotoxicity²³.

The nursing role derived from the implementation of the seven COVID-19, including clinical characteristics, laboratory results, radiological results, patient's medical history, and congenital disease, encompassed the integration of prevention and disease control, enabling nurses to provide guidance to patients for self-management. In case of critical COVID-19, nurses adeptly monitored symptom fluctuations, thereby facilitating timely intervention to aid patients. Moreover, the knowledge of this study could aid in the nursing process and the establishment of clinical nursing practice guideline for COVID-19 patients. Consequently, through vigilant nursing care, individuals afflicted with critical COVID-19 were able to recover and be discharged²⁴. Besides, being able to differentiate between non-severe and severe cases is pivotal for nurses to provide timely interventions, appropriate care, and ensure optimal outcomes for patients affected by COVID-19.

Recommendations from this study

According to the first wave of COVID-19 outbreak in Thailand, we only collected seven cases in this study. Although a major limitation of our study is the small sample size of patients included in this investigation, we represented the actual total

COVID-19 admitted to the Vajira Hospital. We propose that a larger sample size would be desirable to draw more conclusive correlations between specific characteristics or biomarkers and COVID-19 disease outcomes.

Acknowledgements

This study was supported by Navamindradhiraj University Research Fund. We thank all patients enrolled in this study. We also thank the healthcare professionals at the Vajira Hospital for facilitating the data collection.

References

1. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [published correction appears in Lancet. 2020 Jan 30]. Lancet. 2020; 395(10223): 497-506.
2. WHO COVID-19 Dashboard [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2020.
3. Fani M, Teimoori A, Ghafari S. Comparison of the COVID-2019 (SARS-CoV-2) pathogenesis with SARS-CoV and MERS-CoV infections. Future Virology. 2020; 15(5):2020-50.
4. da Rosa Mesquita R, Francelino Silva Junior LC, Santos Santana FM, et al. Clinical characteristics of COVID-19 in the general population: systematic review. Wiener klinische Wochenschrift. 2021; 133(7): 377-82.
5. Preskorn SH. The 5% of the Population at High Risk for Severe COVID-19 Infection Is Identifiable and Needs to Be Taken into Account When Reopening the Economy. Journal of Psychiatric Practice. 2020; 26(3): 219-27.
6. Sathira-Angkura T, Leelawong S, Amonprompukdee A, Janta-Um-Mou U. Driving the Operation of the Nurse Collaboration Center in COVID-19 Outbreak. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 83-91. (in Thai)

7. Okada P, Buathong R, Phuygun S, et al. Early transmission patterns of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in travellers from Wuhan to Thailand, January 2020. *Eurosurveillance*. 2020; 25(8): 2000-97.
8. Dechsupa S, Assawakosri S, Phakham S, Honsawek S. Positive impact of lockdown on COVID-19 outbreak in Thailand. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2020; 36(1): 101-802.
9. Cao Z, Li T, Liang L, et al. Clinical characteristics of Coronavirus Disease 2019 patients in Beijing, China. *PLoS One*. 2020; 15(6): 234-764.
10. Kolta MF, Ghonimy MBI. COVID-19 variant radiological findings with high lightening other coronavirus family (SARS and MERS) findings: radiological impact and findings spectrum of corona virus (COVID-19) with comparison to SARS and MERS. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 2020; 51(1): 1-8.
11. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *Journal of Infectious*. 2020; 80(6): 14-8.
12. Tartof SY, Qian L, Hong V, et al. Obesity and Mortality Among Patients Diagnosed With COVID-19: Results from an Integrated Health Care Organization. *Annals of Internal Medicine*. 2020; 173(10): 773-81.
13. Sanyaolu A, Okorie C, Marinkovic A, et al. Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*. 2020; 2(8): 1069-76.
14. He Q, Zhang G, Gu Y, et al. Clinical Characteristics of COVID-19 Patients With Pre-existing Hepatitis B Virus Infection: A Multicenter Report. *The American Journal of Gastroenterology*. 2020; 116(2): 420-21.
15. Liu R, Zhao L, Cheng X, et al. Clinical characteristics of COVID-19 patients with hepatitis B virus infection - a retrospective study. *Liver International*. 2020; 41(4): 720-30.
16. Liu F, Li L, Xu M, et al. Prognostic value of interleukin-6, C-reactive protein, and procalcitonin in patients with COVID-19. *Journal of Clinical Virology*. 2020; 127(20): 1-5.
17. Zhang XW, Yap YL. The 3D structure analysis of SARS-CoV S1 protein reveals a link to influenza virus neuraminidase and implications for drug and antibody discovery. *Theochem*. 2004; 681(1): 137-41.
18. Tan Q, Duan L, Ma Y, et al. Is oseltamivir suitable for fighting against COVID-19: In silico assessment, in vitro and retrospective study. *Bioorganic Chemistry*. 2020; 104(12): 1042-57.
19. Shiraki K, Daikoku T. Favipiravir, an anti-influenza drug against life-threatening RNA virus infections. *Pharmacology and Therapeutic*. 2020; 209(5): 107-12.
20. Coomes EA, Haghbayan H. Favipiravir, an antiviral for COVID-19? *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2020; 75(7): 2013-14.
21. Wang M, Cao R, Zhang L, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Research*. 2020; 30(3): 269-71.
22. Takla M, Jeevaratnam K. Chloroquine, hydroxychloroquine, and COVID-19: Systematic review and narrative synthesis of efficacy and safety. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2020; 28(12): 1760-76.
23. Javorac D, Grahovac L, Manić L, et al. An overview of the safety assessment of medicines currently used in the COVID-19 disease treatment. *Food Chemical Toxicology*. 2020; 144(1): 1-7.
24. Krajangpho S. Effectiveness of Program for Improving Self-Care Behaviors to Prevent COVID-19 of Communities among Village Health Volunteers in Pathumthani Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(3): 479-87. (in Thai).

ความชุกของการใช้เมตแอมเฟตามีนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี

Prevalence of Methamphetamine Use and Health Promotion Behaviors among Pregnant Women at Antenatal Clinic of the Subdistrict Health Promo- tion Hospital in Mueang Udonthani District

ดวงพร แสงสุวรรณ*¹ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล²

Duangporn Saengsuwan*¹ Soiy Anusorntheerakul²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41000

¹Faculty of Nursing, Udonthani Rajabhat University, Udonthani Thailand 41000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41000

²Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus, Udonthani Thailand 41000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการใช้เมตแอมเฟตามีน ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้และไม่ใช้เมตแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี จำนวน 289 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด คำนวณความสอดคล้องแบบสอบถาม (IOC) .71 -1 และสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .98 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ t - test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มที่ใช้เมตแอมเฟตามีนมีร้อยละ 17.6 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 76.5 และรายด้านที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และจัดการความเครียด ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มที่ไม่ใช้เมตแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และทุกด้านอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ของกลุ่มที่ไม่ใช้เมตแอมเฟตามีนดีกว่ากลุ่มที่ใช้เมตแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, 95%, CI 4.82-65.24)

ข้อเสนอแนะ การให้บริการรับฝากครรภ์ทุกครั้งควรซักประวัติการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้การช่วยเหลือและส่งเสริมที่เหมาะสม

คำสำคัญ: เมตแอมเฟตามีน, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์, การฝากครรภ์

Abstract

This descriptive research aimed to study the prevalence of methamphetamine use and health promotion behaviors level and compare health promotion behaviors of pregnant women who use and do not use methamphetamine. The sample consisted of 289 pregnant women who came for antenatal care at the Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Udonthani District. The tool used was a health promotion behavior evaluation with six aspects: responsibility for health, nutrition, interpersonal relationships, spiritual development, and stress management. Index of item objective congruence (IOC) was .71–1 The overall Cronbach's alpha coefficient was .98. The descriptive statistics were used and the t-test.

The results found that 17.6% of the sample used methamphetamine. Most samples using methamphetamine had overall health promotion behaviors at a low level (76.5%, and each aspect was at a low level, including responsibility for health and stress management. Most of the other aspects were at a moderate level. The group that did not use methamphetamine had overall health promotion behaviors at a moderate level, and each aspect was at a high level. The overall health promotion behavior and each aspect of the sample who did not use methamphetamine were better than those who used methamphetamine and statistically significant ($p < .001$, 95%, CI 4.82-65.24).

Recommendations: Every antenatal care service should include a history of substance use and health promotion behavior to provide appropriate assistance and referrals.

Keywords: Methamphetamine, Health promotion behaviors, Pregnant women, Ante-natal care

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาในสังคมไทยมาเป็นเวลานาน จากสถิติปี พ.ศ. 2563 ของสถานบำบัดยาเสพติดในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เข้ารับการบำบัดมากที่สุดถึงร้อยละ 90 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด ในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการบำบัดด้วย การใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบันจึงพบได้มากขึ้น¹ สอดคล้องกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2559 ที่พบว่าการใช้สารเสพติดของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสารเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุด คือ ยาบ้าหรืออนุพันธ์ของเมทแอมเฟตามีน² ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการปรึกษาเรื่องการใช้เมทแอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 12.35 และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดมีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561-2563 มีทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาที่ใช้เมทแอมเฟตามีนร้อยละ 1.1, 1.2 และ 1.4 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น³ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความชุกของการใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์โดยตรง

หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง รกลอกตัวก่อนกำหนด ปัญหาสุขภาพจิต ส่วนในทารกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และเสียชีวิต^{4,5} การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน จะไม่มารับการฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ ไม่ครบตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ได้รับการดูแลและในขณะตั้งครรภ์ จึงพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างการตั้งครรภ์ มีค่าความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป จึงมีโอกาสเกิดภาวะซีดได้มากขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดได้มาก และรุนแรงขึ้น^{6,7} มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน สอดคล้องกับคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ของสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อย⁸ และมีความอยากอาหารลดลงด้วย⁹ จากข้อมูลในเวชระเบียนของมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่ามารดาที่ใช้เมทแอมเฟตามีนไม่เคยได้รับการดูแลขณะ

ตั้งครรภ์เลยถึงร้อยละ 16.9 และมาฝากครรภ์น้อยกว่ามารดาที่ไม่เคยใช้เมทแอมเฟตามีน¹⁰ ร่วมกับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้วางแผน ไม่ต้องการบุตรจึงไม่ได้มาฝากครรภ์¹¹ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์ควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดจะมองตนเองทางลบ ความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ ความสามารถในการรู้คิดและการตัดสินใจไม่เหมาะสม และขาดความสามารถในการจัดการอารมณ์ พฤติกรรม และขาดการดูแลตนเอง¹² พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจึงลดความเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายต่อสุขภาพ¹³

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความชุกของการใช้เมทแอมเฟตามีน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้และไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน เพื่อเผื่อระวังให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตาม การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ เป็นประเด็นที่อ่อนไหว หญิงตั้งครรภ์จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลที่อ่อนไหวนี้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้รับบริการจะให้ข้อมูลที่อ่อนไหว เมื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจแล้วเท่านั้น^{14,15} โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความคุ้นเคย มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้บริการ จึงมีโอกาสได้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เมทแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์มากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้

ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ของหญิงตั้งครรภ์ที่คุ้นเคย

วัตถุประสงค์การวิจัย

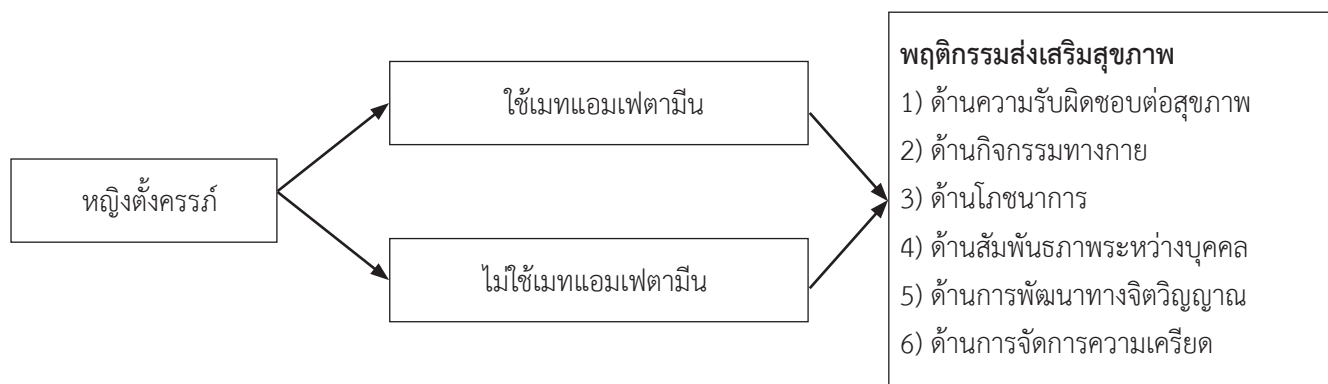
1. เพื่อศึกษาความชุกของการใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้และไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้และไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁶ ที่กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม ที่ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลเดือนระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565-มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2565-มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 289 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยเชิงสำรวจ¹⁷
$$n = \frac{Z^2 p (1 - p)}{e^2}$$
 เมื่อ p เป็นความชุกของการใช้เมทแอมเฟตามีนของหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 25¹⁰ e เป็นระดับความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ร้อยละ 5 และ Z เป็นระดับความเชื่อมั่น ที่ระดับนัยสำคัญร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 289 ราย

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีปัญหาการได้ยิน ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการสื่อสาร ปัญหาทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และขอลถอนตัวจากการวิจัยหลังตอบแบบสอบถามแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมี 2 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว จำนวนการตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การใช้เมทแอมเฟตามีน **ส่วนที่ 2** พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีผู้เข้ามาแล้ว¹⁸ เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์¹⁶ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 10 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 14 ข้อ ด้านโภชนาการ 12 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 11 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 6 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ส่วนข้อความด้านลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ¹⁹ คือ ระดับสูง (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่

สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพในแผนกฝากครรภ์ และอาจารย์สาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ (index of item congruence: IOC) เท่ากับ .71-1 และนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง หาค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) โดยภาพรวมเท่ากับ .98 และรายด้านทั้ง 6 ด้านมากกว่า .70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ อว 0622.7/612 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับผลการวิจัยจะรายงานในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต เข้าเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลโดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งเดียวในวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี โดยจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวให้กับกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาทีหลังตอบเสร็จให้ส่งแบบสอบถามในกล่องที่จัดเตรียมไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการอธิบายความชุกของการใช้เมทแอมเฟตามีน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และใช้สถิติ independent

t-test ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เมทแอมเฟตามีนร้อยละ 17.6 และร้อยละ 58.8 เป็นวัยรุ่นอายุ 18-19 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 22.67 ± 5.47 ปี มีสถานภาพสมรสหย่าหรือแยกร้อยละ 45.1 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา ร้อยละ 58.8 ประถมศึกษา ร้อยละ 41.2 ไม่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 55.0 ที่เหลือเป็นเกษตรกรหรือรับจ้างร้อยละ 45.0 รายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 58.8 รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง $15,588 \pm 6,161.74$ บาท เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 66.7 วางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 56.9 ฝากครรภ์ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 35.3 และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ร้อยละ 58.8 ซึ่งได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 47.0 ทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100

กลุ่มที่ไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีร้อยละ 82.4 และร้อยละ 55.9 มีอายุระหว่าง 20-29 ปี อายุเฉลี่ย 27.85 ± 6.75 ปี สถานภาพสมรสทั้งหมดร้อยละ 100 จบการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 67.6 ระดับปริญญาตรีและประถมศึกษาเท่ากัน ร้อยละ 17.7 มีอาชีพเกษตรกรหรือรับจ้าง ร้อยละ 47.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจและค้าขาย ร้อยละ 11.8 และ 14.7 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 44.2 รายได้เฉลี่ย $16,207.98 \pm 7,743.50$ บาท เป็นการตั้งครรภ์หลังร้อยละ 52.9 และวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 83.2 ฝากครรภ์ครั้งที่ 5 ร้อยละ 44.2 และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 88.2 ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 50.0 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 5.9

ตารางที่ 1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแยกตามการใช้และไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน (n = 289)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	กลุ่มที่ใช้ (n = 51)		กลุ่มที่ไม่ใช้ (n = 238)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
ระดับต่ำ	43	84.3	53	22.3
ระดับปานกลาง	3	5.9	71	29.8
ระดับสูง	5	9.8	114	47.9
ด้านกิจกรรมทางกาย				
ระดับต่ำ	0	0	0	0
ระดับปานกลาง	39	76.5	86	36.1
ระดับสูง	12	23.5	152	63.9
ด้านโภชนาการ				
ระดับต่ำ	4	7.8	4	1.7
ระดับปานกลาง	39	76.5	104	43.7
ระดับสูง	8	15.7	130	54.6
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
ระดับต่ำ	6	11.8	7	2.9
ระดับปานกลาง	37	72.5	51	21.4
ระดับสูง	8	15.7	180	75.6
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
ระดับต่ำ	9	17.6	12	5.0
ระดับปานกลาง	33	64.7	53	22.3
ระดับสูง	9	17.6	173	72.7

ตารางที่ 1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแยกตามการใช้และไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน (n = 289) (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	กลุ่มที่ใช้ (n = 51)		กลุ่มที่ไม่ใช้ (n = 238)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการจัดการความเครียด				
ระดับต่ำ	23	45.1	23	9.7
ระดับปานกลาง	18	35.3	31	13.0
ระดับสูง	10	19.6	184	77.3
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม				
ระดับต่ำ	39	76.5	52	21.8
ระดับปานกลาง	7	13.7	99	41.6
ระดับสูง	5	9.8	87	36.6

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 76.5 และรายด้านที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านจัดการความเครียด ร้อยละ 84.3 และ 45.1 ตามลำดับ ส่วนด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.5, 76.5, 72.5 และ 64.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.6 รายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านพัฒนาการทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.9, 63.9, 54.6, 75.6, 72.7 และ 77.3 ตามลำดับ และระดับต่ำมีสัดส่วนน้อยที่สุดในทุก ๆ ด้าน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้และไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	t-test	p-value	mean difference	95%CI	
						lower	upper
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ							
กลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีน	19.43	6.42	8.78	<.001	10.55	8.18	12.91
กลุ่มไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน	29.98	8.04					
ด้านกิจกรรมทางกาย							
กลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีน	30.55	7.44	7.12	<.001	8.83	6.38	11.27
กลุ่มไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน	39.37	8.16					
ด้านโภชนาการ							
กลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีน	24.12	7.18	6.58	<.001	8.59	6.02	11.16
กลุ่มไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน	32.71	8.71					
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล							
กลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีน	20.61	6.41	8.76	<.001	10.74	8.33	13.16
กลุ่มไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน	31.35	8.24					

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้และไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	t-test	p-value	mean difference	95%CI	
						lower	upper
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ							
กลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีน	11.61	4.72	8.23	<.001	6.33	4.82	7.85
กลุ่มไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน	17.94	5.04					
ด้านการจัดการความเครียด							
กลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีน	11.29	5.35	8.54	<.001	7.99	6.15	9.82
กลุ่มไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน	19.28	6.20					
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม							
กลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีน	117.61	35.89	8.55	<.001	53.03	40.82	65.24
กลุ่มไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน	170.64	41.01					

จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, 95%, CI 40.82 - 65.24) โดยพบว่ากลุ่มที่ไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ใช้เมทแอมเฟตามีน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้านดีกว่ากลุ่มที่ใช้เมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p < .001$, 95%, CI 4.82 - 13.16)

การอภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของการใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ครั้งนี้ พบน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้จากการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์¹⁰ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้จากแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางคนอาจไม่ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเนื่องจากการใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติด และกลุ่มตัวอย่างรู้ว่าเป็นสารเสพติดจึงอาจเป็นคำถามที่ไวต่อความรู้สึกด้านลบจึงอาจไม่ให้ข้อมูลที่เป็นจริง นอกจากนั้น การศึกษาครั้งนี้ไม่มีเครื่องมือที่จำเพาะในการคัดกรองการใช้เมทแอมเฟตามีน จึงอาจทำให้ได้ความชุกของการใช้เมทแอมเฟตามีนต่ำกว่าความเป็นจริงได้ อย่างไรก็ตาม การใช้แบบสอบถามครั้งนี้ อาจเพิ่มความตระหนักของกลุ่มตัวอย่างถึงความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด และส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้น จึงควรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะบอกข้อมูลที่อ่อนไหวขึ้น

หลังเกิดสัมพันธภาพที่ไว้วางใจได้แล้ว^{14,15}

กลุ่มที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และรายด้านด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำด้วย ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก กลุ่มที่ใช้เมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น ร้อยละ 58.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 55.0 มีอาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร ร้อยละ 45.0 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมักมีฐานะยากจน ไม่ได้รับการฝากครรภ์ ทำให้การดูแลสุขภาพไม่เพียงพอ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงต่ำ²⁰ และส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรก ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 41.2 สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่เชื่อว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนเกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์¹⁶ นอกจากนั้น ยังพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม²¹ กลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานทำให้ขาดการสนับสนุนทางด้านวัตถุและเงิน มีสัดส่วนการหย่าหรือแยกถึงร้อยละ 45.1 ทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือคู่สมรส ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตนเองตามบทบาทการเป็นมารดาในระยะ

ตั้งครรภ์ได้ดี เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ดำรงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ดีขึ้น เมื่อหญิงตั้งครรภ์ขาดการสนับสนุนจึงทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ²² ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั่วไปอยู่ในระดับดี²³ และการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั่วไป พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี^{22,24}

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ของกลุ่มที่ไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนดีกว่ากลุ่มที่ใช้เมทแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการเสพติด จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลบกพร่อง มีพฤติกรรมผิดปกติรวมถึงการดูแลตนเองบกพร่อง¹⁵ จึงพบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังพบว่าลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน เกือบทั้งหมดเป็นวัยรุ่นใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอาชีพมีงานทำ มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ในขณะที่กลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีนมีลักษณะที่ตรงข้าม ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ^{21,22} นอกจากนี้ กลุ่มไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง มีการวางแผนการตั้งครรภ์ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่มากกว่ากลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีน ทำให้การรับรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองได้ดีกว่า เนื่องจากลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีผลต่อการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹⁶

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย

1. การคัดกรองและการชักประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีน และสารเสพติดอื่น ๆ ในหญิงตั้งครรภ์ ควรทำในห้องที่เป็นส่วนตัว ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรักษาความลับของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด

และหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนทุกคน ควรได้รับการส่งต่อเพื่อให้คำปรึกษา การรักษาหรือการบำบัดที่ถูกต้อง และเฝ้าระวังผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอดต่อไป

2. การคัดกรองและค้นหาการใช้เมทแอมเฟตามีน และสารเสพติดอื่น ๆ ในหญิงตั้งครรภ์ ควรทำทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ เพราะเมื่อหญิงตั้งครรภ์คุ้นเคยและไว้วางใจผู้ให้บริการแล้ว อาจให้ข้อมูลที่เป็นจริงได้มากขึ้น และหญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการตรวจปัสสาวะคัดกรองการใช้สารเมทแอมเฟตามีน เพื่อให้ได้ข้อมูลการใช้เมทแอมเฟตามีนที่ครอบคลุมและถูกต้องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติในการคัดกรองและค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนและแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วย

2. ควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำถึงปานกลาง และโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยงบประมาณเลขที่ 2565NU8-N14 และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามครั้งนี้

References

1. Drug Prevention and Suppression Office. Performance of drug prevention and suppression, fiscal year 2020. Bangkok, Ministry of Justice; 2020. (in Thai)
2. Thaithammayanon P, Punnahitanon S, Chanson P, Sirisap A. Common newborn problems: basic solutions. Bangkok: Thana Place; 2016. (in Thai)
3. Delivery room, Udonthani Hospital. Birth statistics and counseling on methamphetamine use. Udonthani: Udonthani Hospital; 2021. (in Thai)
4. King IM. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: John Wiley & Sons; 2007.

5. Chaiverapundech J, & Kanchanabat S. Prenatal methamphetamine exposure and neonatal outcomes. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2016; 60 (1): 53-64. (in Thai)
6. Robert R, Michael FG, Charles JL, Joshua AC, Thomas RM, Robert MS. Substance abuse in pregnancy. 8thed, Philadelphia: Elsevier; 2019.
7. Thamkhantho M. Obstetric outcomes of amphetamine misapplication duration pregnancy. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2018; 101(12): 1680-5. (in Thai)
8. Committee Opinion. Methamphetamine abuse in women of reproductive age. *Obstetrics and Gynecology* 2011; 117(479): 751-5.
9. Cunningham FG, Lenovo JK, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams obstetrics*. 25thed. New York: McGraw-Hill; 2018.
10. Waiketkarn A. Obstetrical and neonatal outcomes in maternal exposure to methamphetamine during pregnancy. *Mahasarakham Hospital Journal* 2021; 18(2): 105-11. (in Thai)
11. Buranasak J, Hungsawanus P, Raiva W, Pungbangkadee R, Khadking N. The effects of health promotion program for teenage pregnancy on total gestational weight gain and infant birth weight. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020; 21(2): 434-42. (in Thai)
12. Seeherunwong, A., Yuttatri, P. Associated factors of illegal drug abuse and dependence behaviors among defenders under compulsory drug treatment system. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2015; 58(4): 371-84.
13. Tachavijitjaru C. Health literacy: a key indicator towards good health behavior and health outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2018; 19 (Supplement): 1-11. (in Thai)
14. Kittirattanaphaiboon P, Preechawit S. Guidelines for detecting and treating pregnant women who use drugs. Bangkok: Research Center for Alcohol Problems and the Health Promotion Office; 2019. (in Thai)
15. Alcohol Problems Research Center. Guidelines for detecting and treating pregnant women who use drugs or have abnormal substance use behavior. Songkhla: Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2019. (in Thai)
16. Murdaugh CL, Parsons MA, Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 8thed. USA: Pearson Education; 2019.
17. Cochran WG. *Sampling techniques*. 3rded. Canada: John Wiley & Sons; 1977.
18. Srisawad K, Panyapinitnukul C, Sonnark N. Health-promoting behavior in pregnancy. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018; 38(2): 95-109. (in Thai)
19. Bloom BS. *Taxonomy of education*. New York: David McKay Company; 1975.
20. Inthawiwat S. *Drugs in pregnant women*. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2015. (in Thai)
21. Karalai S, Sriratanaprapat J. Relationships between social support and health-promoting behavior among pregnant teenagers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2018; 26(1): 1-10. (in Thai)
22. Tamteangtrong R, Sangin S, Deoisres W. Factors predicting nutritional health-promoting behaviors among pregnant adolescents. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017; 25(1): 49-60. (in Thai)
23. Winalaivanakoon C. Selected factors related to health responsibility behaviors among pregnant adolescents in Amnat Charoen Province. *Journal of Nursing, Siam University* 2017; 20(39): 8-19. (in Thai)
24. Disapirom T, Chareonsanti J, Sriarporn P. Factors related to health promotion behaviors regarding nutrition among adolescent pregnant women. *Nursing Journal* 2019; 46 (3): 157-68. (in Thai)

ปัจจัยทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ Factors Predicting the 21st Century Competencies of Nursing Students Among COVID-19 Situation Princess Agrarajakumari College of Nursing Chulabhorn

กนกวรรณ ไชยลาภ* นันทวัน สุวรรณรูป

Kanokwan Chailarp* Nuntawon Suwonnaroop

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10210

Princess Agrarajakumari College of Nursing Chulabhorn, Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand 10210

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะและปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้วิธีศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ 171 คน คัดเลือกโดยวิธีกำหนดสัดส่วนของนักศึกษา ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ กิจกรรมเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบวัดสมรรถนะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.41$) ปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .520$), ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ ($\beta = .230$), และการเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตร ($\beta = .197$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 60.9 ($F = 86.705$; $p\text{-value} < .001$)

คำสำคัญ: สมรรถนะในศตวรรษที่ 21, นักศึกษาพยาบาล, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract:

This research aimed to study the 21st century competencies and their predictive factors among nursing students. The participants comprised 171 nursing students in the faculty of nursing, Princess Agrarajakumari College of Nursing Chulabhorn. The sample was selected by determining the proportion of students. Passed the quality test of research tools which include Personal information, Factors supporting online learning, Extra-curricular experiences, Perception of self-efficacy and Competency measures needed in

the 21st century. Using Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regressions were employed for data analysis.

The results revealed that the 21st century competencies during the COVID-19 situation. showed the high scores (mean = 4.22, SD = 0.41). There were 3 influencing factors on the 21st century competencies during the COVID-19 situation. Including Self-Efficacy ($\beta = .520$), Factors supporting online learning ($\beta = .230$) and Extracurricular activity. ($\beta = .197$) Stepwise multiple regression analysis revealed that those aforementioned factors could explain 60.9 % of the variance in competencies during the COVID-19 situation. ($F = 86.705$; $p\text{-value} < .001$)

Keywords: The 21st century Competencies, Nursing students, The COVID-19

บทนำ

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ปลายปี 2562 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ รวมทั้งด้านการจัดการศึกษาที่เกิดภาวะถดถอยทางการเรียนอย่างมาก¹ เนื่องจากจำเป็นต้องปรับการสอนในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้เรียน การกำกับตนเองในการเรียนรู้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ คุณภาพของระบบบริการ คุณภาพของผู้สอน และผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดภาวะถดถอยทางการเรียนออนไลน์ จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{1,2,3} การเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นจุดพลิกผันในการปรับตัวทางการศึกษาเพื่อหาวิธีการสร้างทักษะการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน ประกอบกับกระทรวงศึกษาธิการ⁴ ได้ขับเคลื่อนให้มีการจัดหลักสูตรที่แสดงถึงสมรรถนะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สามารถเรียนรู้เพื่อส่งเสริมวิถีคิด การทำงาน การใช้ชีวิต การเป็นพลเมือง อาชีพ ความรับผิดชอบต่อสังคม และการรับรู้ทางวัฒนธรรม ในโครงการนำร่องการใช้หลักสูตรฐานสมรรถนะ (Competency-based Curriculum) 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการสื่อสาร 2) ความสามารถในการคิด 3) การทำงานเป็นทีม 4) การจัดการตนเองอย่างมีสุขภาวะ 5) การเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง และ 6) การอยู่ร่วมกับธรรมชาติและวิทยาการอย่างยั่งยืน โดยเน้นมิติด้านคุณธรรม จริยธรรม ขณะเดียวกันสถาบันอุดมศึกษาเองก็ได้ออกแบบหลักสูตรการศึกษาให้ตรงกับพฤติกรรมที่คาดหวังของผู้เรียน (Outcome-Based Education) ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติทั้ง 5 ด้านคือด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคล และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

สมรรถนะ (Competencies) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการใช้ความรู้ ทักษะ เจตคติ และคุณลักษณะต่าง ๆ ที่ตนมีในการทำงานหรือการแก้ปัญหาต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จ⁵ ทั้งนี้การปฏิบัติหน้าที่ของนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่หลากหลายในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาจนสำเร็จการศึกษาเพื่อการปรับตัวให้เข้ากับการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลบัณฑิตใหม่⁶ พบว่าการศึกษาของพยาบาลในศตวรรษที่ 21 มีความน่าเชื่อถือมากขึ้นในด้านเทคโนโลยี โลกาภิวัตน์ และการเรียนรู้แบบอิสระ การออกแบบหลักสูตรจึงเปลี่ยนแปลงไปเพื่อรวมแนวคิดต่างๆ เช่น การเรียนรู้แบบผสมผสาน เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สถานการณ์จำลอง และพื้นที่เสมือนจริง⁷ ทั้งนี้สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี⁸ ใน 8 ด้าน ได้แก่ จริยธรรม ปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ภาวะผู้นำ วิชาการ การสื่อสารสัมพันธภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตร (Extracurricular activity)⁹ เช่น สโมสรนักศึกษา ทีมกีฬา สภานักศึกษา อาสาสมัครหรือแม้แต่การฝึกงานเป็นส่วนสำคัญของการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยซึ่งช่วยเพิ่มสมรรถนะการเรียนรู้ในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาความเป็นผู้นำและความคิดริเริ่ม¹⁰ ทักษะการสื่อสาร¹¹ ช่วยให้นักศึกษาสามารถทำงานและสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง¹² การรับรู้ประโยชน์และความพึงพอใจในการเรียน¹³ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁴ ก่อให้เกิดสมรรถนะทางการพยาบาล

ขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy model) ของแบนดูรา¹⁵ ที่กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และทักษะการปฏิบัติให้กับตัวเอง ถ้าหากบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเองและคาดหวังในผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมดังกล่าวตาม ดังนั้นปัจจัยการเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตร และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก็น่าจะเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้

ในปีการศึกษา 2565 ยังคงมีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ต้องจัดการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะถดถอยทางการเรียนและสมรรถนะทางการพยาบาล จึงเป็นความท้าทายที่ผู้สอนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในการพัฒนานักศึกษาให้มีสมรรถนะที่พึงประสงค์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมเสริมประสบการณ์ที่เหมาะสม และปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ จะทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมที่แสดงถึงสมรรถนะที่สำคัญเป็นในศตวรรษที่ 21 ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้หรือไม่ ซึ่งผลที่ได้รับจากการวิจัยนี้จะเป็นปัจจัยที่นำไปใช้จัดการเรียนการสอนเชิงรุก เพื่อให้บรรลุของสมรรถนะที่คาดหวังของหลักสูตร และเป็นแนวทางของการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสภาวะการเรียนทั้งรูปแบบออนไลน์และออนไซต์

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ผลการเรียน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตร และปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศาสตรอัคราขุมารี ราชมวิทยาลัยจุฬาภรณ์ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

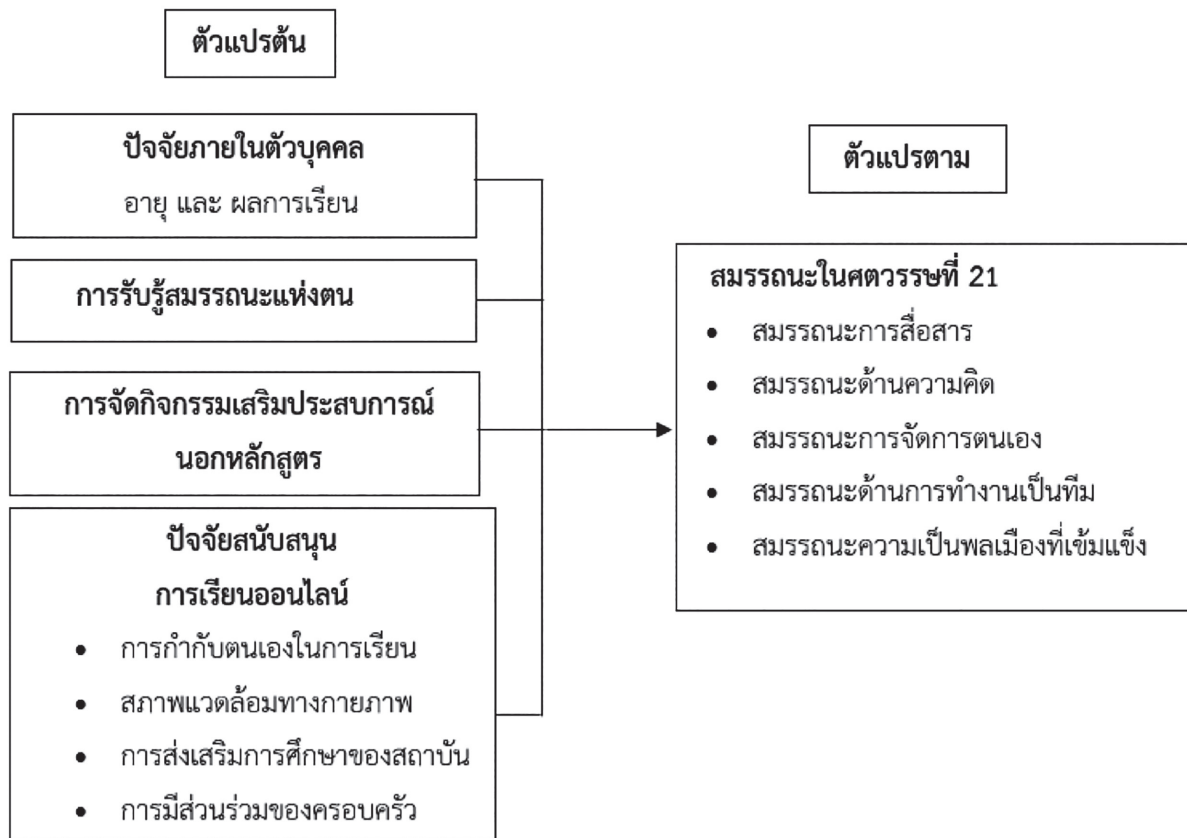
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนกรอบแนวคิดครั้งนี้^{12,13,14} พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อให้เกิดสมรรถนะทางการพยาบาลขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy model)¹⁵ และพบว่า^{9,10,11} การจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตร (Extracurricular activity) เช่น สโมสรนักศึกษา ทีมกีฬา สถานักศึกษา อาสาสมัคร สามารถเสริมสร้างสมรรถนะของผู้เรียนได้ ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการศึกษา^{1,2,3} ที่พบว่าการกำกับตนเองในการเรียน การส่งเสริมการศึกษาของสถาบัน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวอาจจะเป็นปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลตามร่างองค์ประกอบสมรรถนะของกระทรวงศึกษาธิการ⁴ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และประกาศสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีของสภาการพยาบาล โดยการศึกษาสมรรถนะในครั้งนี้มีจำนวน 5 ด้านสรุปได้ตามกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง
(Cross-sectional Descriptive Study)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร
บัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จ
ปริญญาตรีสาขาอื่น วิทยาลัยพยาบาลศาสตรอัครราชกุมารี
ราชนววิทยาลัยจุฬารณ ในปีการศึกษา 2565 กำหนดขนาด
กลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.15
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจทดสอบ 0.95 ได้ขนาด
กลุ่มตัวอย่าง 166 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่ม
กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 3 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 171 คน
จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีกำหนดสัดส่วนของ
นักศึกษาที่เท่ากันตามชั้นปีและหลักสูตรด้วยวิธีการสุ่มแบบ
แบ่งชั้นตามคุณสมบัติคัดเข้าซึ่งได้แก่ เป็นนักศึกษาพยาบาล
ราชนววิทยาลัยจุฬารณ ไม่เคยเข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะ

ทางการพยาบาล ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบเครื่องมือวิจัย
และสมัครใจให้ข้อมูลหลังได้รับการชี้แจงด้วยการลงนาม
ในใบยินยอมอิเล็กทรอนิกส์ (Microsoft form)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย
แบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน โดยส่วนที่ 2-5 มีลักษณะ
ของคำถามเป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า (Rating Scale)
5 ระดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย
พัฒนาขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูล อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ หลักสูตร
ที่ศึกษา รายได้ส่วนตัว อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของ
ครอบครัว สถานะของครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ของ
นักศึกษา และประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน
12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้
ออนไลน์ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{1,2,3} เป็นการประเมินการรับรู้ตนเองของนักศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์ในลักษณะคำถามด้านบวก จำแนกออกเป็น 4 ด้านจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย ปัจจัยการกำกับตนเองในการเรียนจำนวน 5 ข้อ ปัจจัยการส่งเสริมการศึกษาของสถาบัน 5 ข้อ ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 4 ข้อ และปัจจัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตร (Extracurricular activity) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตรของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เช่น กิจกรรมกีฬาสีน้อง-พี่ PC Nurse กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมสร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพ กิจกรรมเสริมสร้างบุคลิกภาพและภาวะผู้นำ และกิจกรรมชมรมต่างๆ เป็นคำถามด้านบวก มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนจำนวน 12 ข้อ รวม 12 - 60 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาแบบสอบถามให้สอดคล้องกับการรับรู้ตนเองด้านความมั่นใจในความสามารถปฏิบัติในทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา เป็นคำถามด้านบวก จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ รวม 14-70 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบวัดสมรรถนะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบร่างเครื่องมือประเมินสมรรถนะช่วงชั้นที่ 4 ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน¹⁶ และแบบวัดทักษะทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล¹⁷ เป็นแบบประเมินตนเองของนักศึกษาพยาบาล มีคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ จำแนกเป็น 5 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะการสื่อสาร สมรรถนะด้านความคิด สมรรถนะการจัดการตนเอง สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม และสมรรถนะความเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง สมรรถนะละ 9 ข้อ รวมเป็น 45 ข้อ รวม 45-225 คะแนน

เกณฑ์ที่ใช้แบ่งระดับสมรรถนะจำเป็นในศตวรรษที่ 21 เป็นช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึงสมรรถนะระดับต่ำ 1.01-2.00 สมรรถนะระดับค่อนข้างต่ำ 2.01-3.00 สมรรถนะระดับปานกลาง 3.01-4.00 สมรรถนะระดับค่อนข้างสูง และ 4.01-5.00 สมรรถนะระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์คณะอักษรศาสตร์ 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index: CVI) เครื่องมือส่วนที่ 1-5 ได้เท่ากับ 0.92, 0.72, 0.83, 0.85 และ 0.93 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับแก้ไขจากจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามและนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ได้ความเชื่อมั่นโดยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือส่วนที่ 2-5 เท่ากับ 0.80, 0.92, 0.91 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอเอกสารรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เอกสารรับรองรหัสโครงการวิจัย เลขที่ EC 100/2565 วันที่ 3 มีนาคม 2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเผยแพร่ผลวิจัยจะเป็นความลับ โดยผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมไม่มีการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นรับสมัครกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ซึ่งผู้ที่ไม่เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยไม่ได้ผลกระทบทางลบใด ๆ และลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณบดีวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองโดยการประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นส่งลิ้งค์ (link) แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรมไมโครซอฟท์ทีม (MS Teams) เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคะแนนสมรรถนะจากเครื่องมือในส่วนที่ 1-5 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล Kolmogorov-Smirnov Test ผลข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น และวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

(Pearson's correlation coefficient) พบว่าตัวแปรอายุ และหลักสูตร มีค่า $r = .82$ ซึ่งแปลว่าตัวแปรทั้งสองตัว มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงมากทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity จึงเลือกตัวแปร อายุ แทนหลักสูตรในสมการ ทำนายวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน จากนั้นสร้าง ตัวแปรหุ่น และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายโดยใช้ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 171 คน แบ่งเป็นหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต 102 คน (ร้อยละ 59.06) และหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น 69 คน (ร้อยละ 40.4) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 89.5)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ online

ปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ online	นักศึกษาหลักสูตร 4 ปี (n = 102)		นักศึกษาหลักสูตร 2.5 ปี (n = 69)		นักศึกษาทั้ง 2 หลักสูตร (n = 171)	
	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ
- ด้านการกำกับตนเอง	3.88(.50)	ดี	4.06(.54)	ดีมาก	3.95(.52)	ดี
- สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	3.89(.63)	ดี	4.05(.61)	ดีมาก	3.96(.62)	ดี
- การส่งเสริมการศึกษาของสถาบัน	3.79(.60)	ดี	3.78(.69)	ดี	3.79(.63)	ดี
- การมีส่วนร่วมของครอบครัว	4.18(.75)	ดีมาก	4.38(.63)	ดีมาก	4.26(.71)	ดีมาก

จากตารางที่ 1 ปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ออนไลน์ ที่มีความแตกต่างในนักศึกษาทั้งสองหลักสูตร คือปัจจัยด้านการกำกับตนเองและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น (หลักสูตร 2.5 ปี) อยู่ในระดับดีมาก ต่างจากนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร 4 ปี) ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

3. สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามทักษะ และหลักสูตร

สมรรถนะ	นักศึกษาหลักสูตร 4 ปี (n = 102)		นักศึกษาหลักสูตร 2.5 ปี (n = 69)		นักศึกษาทั้ง 2 หลักสูตร (n = 171)	
	$\bar{X}$ (SD)		$\bar{X}$ (SD)		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ
สมรรถนะการสื่อสาร	4.17(.50)		4.19(.48)		4.18(.51)	สูง
สมรรถนะด้านการคิด	4.07(.53)		4.08(.60)		4.08(.53)	สูง
สมรรถนะการจัดการตนเอง	4.12(.57)		4.24(.59)		4.16(.58)	สูง
สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม	4.34(.44)		4.35(.49)		4.34(.46)	สูง
สมรรถนะความเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง	4.30(.42)		4.36(.40)		4.32(.413)	สูง

1 ใน 3 อายุเฉลี่ย 23.74 ปี (ร้อยละ 31) มากกว่า 1 ใน 3 มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 3.01-3.50 (ร้อยละ 40.4) และอาศัยอยู่หอพักของราชวิทยาลัย (ร้อยละ 36) ครึ่งหนึ่งมีรายรับเฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 51.5) ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 72.5) ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ใน 3 ของครอบครัวสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากกว่าระดับอื่นๆ (ร้อยละ 31.6) และประกอบอาชีพข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 28.1) เกือบครึ่งหนึ่งมีรายรับของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000-30,000 บาท (ร้อยละ 48.5) และสถานะของครอบครัวมากกว่าครึ่งหนึ่งพบว่าพ่อแม่อาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 67.3)

2. ปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ออนไลน์จำแนกตามหลักสูตร

จากตารางที่ 2 คะแนนสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมและสมรรถนะความเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง ของนักศึกษาทั้ง 2 หลักสูตร มีคะแนนอยู่ในระดับสูงสุด Mean =4.34 และ 4.32 ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) (n = 171)

	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุ	1						
2. เกรด	-.125	1					
3. หลักสูตร	-.145	.822**	1				
4. ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์	-.162*	.108	.145	1			
5. ประสบการณ์นอกหลักสูตร	-.132	.130	.124	.431**	1		
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.183*	.158*	.135	.372**	.578**	1	
7. สมรรถนะศตวรรษที่ 21	-.182*	.049	.051	.509**	.597**	.720**	1

*P-value< .05 level **P-value< .01 level

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ ประสบการณ์นอกหลักสูตร และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล (r = .509 .597 และ .720) โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับทุกๆปัจจัย

5. ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ท่ามกลางสถานการณ์ COVID-19 (n = 171)

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E.	β	t	P-value
สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลท่ามกลางสถานการณ์ COVID-19					
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.491	.172	.520	8.650	.000
ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์	.546	.129	.230	4.232	.000
ประสบการณ์นอกหลักสูตร	.552	.173	.197	3.185	.002

Constant = 31.782, R = .780, R² = .609, Adjust R² = .602, SEE = 11.574, F = 86.705, P-value < .05

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าปัจจัยทำนายได้แก่ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (β = .520) ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ (β = .230) และปัจจัยประสบการณ์นอกหลักสูตร (β = .197) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลท่ามกลางสถานการณ์ COVID-19 ได้ร้อยละ 60.9 (R² = .609; F = 86.705; p-value

<.05) ตามลำดับ สามารถเขียนสมการของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดังนี้

$\hat{Y}$ (สมรรถนะในศตวรรษที่ 21) = 31.782+ 1.491 (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) + 0.546 (ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์) + 0.552 (ประสบการณ์นอกหลักสูตร) อธิบายได้ว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ และปัจจัยประสบการณ์นอกหลักสูตรเพิ่มขึ้น 1

คะแนน จะทำให้คะแนนสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของ นักศึกษาพยาบาล ท่ามกลางสถานการณ์ COVID-19 เพิ่มขึ้น 1.491 0.546 และ 0.552 คะแนน ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับ สูง (mean = 4.22, SD = 0.41) อธิบายได้ว่าเนื่องจากนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะรายด้านการทำงานเป็นทีม ความเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งมากที่สุด (Mean = 4.34 และ 4.32) ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวข้างต้นเป็นสมรรถนะที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21¹⁸ ที่จำเป็นต้องมีการสื่อสาร เคารพ ในกฎกติกา และปฏิบัติงานเป็นทีมอยู่ร่วมกับผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากทางวิทยาลัยฯ ออกแบบจัดการเรียนการสอนที่เน้นผลลัพธ์ หรือ Outcome-based education¹⁹ โดยวางแผนการสอน วิธีการสอน และการประเมินในระดับต่าง ๆ ให้คำนึงถึงการเชื่อมโยงระหว่างสมรรถนะกับการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้กับรายวิชา (Course Learning Outcome) ที่ส่งเสริมรับผิดชอบร่วมกัน การทำงานเป็นทีม และการใช้เทคโนโลยี เพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต และความต้องการของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ²⁰ พบว่าการเรียนการสอนที่เน้นผลลัพธ์ของผู้เรียนสามารถเพิ่มสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งให้การสนับสนุนนักศึกษาในการเรียนออนไลน์ในจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีคะแนนค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.26, SD = 0.71) อาจเป็นเพราะว่า 1 ใน 3 ของครอบครัวสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จึงมีความรู้ ความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และสนับสนุนการเรียนรู้ที่บ้านผ่านสื่อออนไลน์ได้เป็นอย่างดี¹ ส่งผลให้นักศึกษาเรียนผ่านสื่อออนไลน์ได้ดี และมีสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ และการจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตร สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล

ศาสตราจารย์ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ได้ร้อยละ 60.9 อธิบายได้ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้มากที่สุด เนื่องจากการทำให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้คือการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมนั้น เพราะการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่นั้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อในสมรรถนะของตนเองว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นจนสำเร็จ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเกิดขึ้นก่อน โดยมีการคาดหวังในประสิทธิภาพการของนักศึกษาเองว่านักศึกษาสามารถกระทำตามแนวทางและมีการคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำตามสมรรถนะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 แล้วเกิดผลดี ก็จะเป็นแรงจูงใจให้พยายามปฏิบัติพฤติกรรมตามความรู้ ทักษะ เจตคติ หรือที่เรียกว่าสมรรถนะได้สำเร็จเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁵ (Self-Efficacy model) ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามดังกล่าว และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนักศึกษาพยาบาล^{14,21,22} ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถส่งผลต่อสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลได้

ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมกันทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล อธิบายได้ว่าการส่งเสริมการศึกษาของสถาบัน และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการเรียนออนไลน์ เนื่องจากราวิทยาลัยฯ ได้รับการจัดสรรงบประมาณช่วยเหลือนักศึกษาด้านสัญญาณ อินเทอร์เน็ต อุปกรณ์แท็บเล็ตในการเรียน รวมทั้งเทคโนโลยีที่จำเป็นผ่านโปรแกรม MS Teams เพื่อจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์และสื่ออย่างเท่าเทียมทั่วถึงทุกที่ทุกเวลา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{1,2,3} ซึ่งพบว่าความสะดวกในการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต และสภาพแวดล้อมในการเรียนมีความสัมพันธ์

กับสมรรถนะทางการเรียนรู้แบบออนไลน์ นักศึกษาจึงเกิดการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ทั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านการกำกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่นมีค่าเฉลี่ยสูงกว่านักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต อาจเป็นเพราะว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยภายในบุคคล ซึ่งนักศึกษาสำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่นมาก่อนอาจมีความตั้งใจ สนใจในสถานการณ์ ความวิตกกังวล และการรับรู้ที่สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษา²³ ที่ว่าความตั้งใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการเรียนออนไลน์ และการศึกษา²⁴ ซึ่งพบว่าความสนใจในสถานการณ์ ความวิตกกังวล และการรับรู้เป็นองค์ประกอบหลักส่งผลต่อความสนใจอย่างต่อเนื่องของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนออนไลน์

กิจกรรมเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตร มีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมกันร่วมกันทำนายสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากประสบการณ์นอกหลักสูตรเป็นส่วนสำคัญในการเรียนรู้และช่วยเพิ่มสมรรถนะให้กับนักศึกษา ที่ผ่านมาราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์จัดให้มีกิจกรรมนอกหลักสูตรสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่หลากหลายทั้งในและนอกสถานที่โดยการส่งเสริมทักษะการคิดขั้นสูงผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเองผ่านกิจกรรมสร้างเสริมนักวิชาชีพและภาวะผู้นำ ทักษะการทักษะการทำงานเป็นทีมผ่านชมรมสโมสรนักศึกษา ทักษะการสื่อสารผ่านกิจกรรมกีฬาสี และทักษะความเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งผ่านกิจกรรมจิตอาสาและค่ายอาสา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,10,11} ที่พบว่ากิจกรรมเสริมประสบการณ์นอกหลักสูตรมีความสัมพันธ์กับทักษะจำเป็นในศตวรรษที่ 21 ของผู้เรียน จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระดับสูงตามมาในที่สุด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. สมรรถนะด้านการคิดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แสดงให้เห็นว่าผู้สอนควรให้ความสำคัญกับแนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะด้านการคิด โดยกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านการคิด การประเมินผลที่มีการบูรณาการในทุกรายวิชา และจัดให้นักศึกษาในทุกชั้นปีเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดกับผู้เรียน

2. ควรนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้ในบทเรียนผ่านระบบออนไลน์ โดยคำนึงถึงช่วงอายุ และผล การเรียนของนักศึกษาที่แตกต่างกัน เพื่อให้ศึกษามีสมรรถนะ

การปฏิบัติงานในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะทางการพยาบาลด้านอื่น เช่น สมรรถนะการปฏิบัติทางทางคลินิกและสมรรถนะด้านการเป็นผู้ประกอบการของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จำเป็นต้องเรียนรู้จากประสบการณ์จำลองในรูปแบบออนไลน์ เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านอื่น ๆ ให้ผู้เรียนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ : งานวิจัยนี้ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

References

1. Office of the Education Council, Ministry of Education. Study of learning regression basic education items in the COVID-19 situation: Situations, lessons, and guidelines for developing the quality of learning. Bangkok: Office of the education council; 2022. (in Thai)
2. Haslam MB. What might COVID-19 have taught us about the delivery of nurse education, in a post-COVID-19 world? Nurse Education Today. 2021; 97: 104707. doi: 10.1016/j. nedt. 2020. 104707.
3. Songthai N, Yottavee W & Seangkhiew P. Factors Influencing the online learning behaviors of Nursing Students: The lower northern region. Boromarajonani college of nursing, Uttaradit Journal. 2021; 13(1): 198-209. (in Thai)
4. Office of the basic education commission, (Draft) 6 core competencies: Competency-based education. Documents for the workshop on analysis, review, and improvement (draft) of the curriculum framework basic education. Ministry of Education. 2022. (in Thai)
5. Panlert C. Competency-based curriculum with the development of student quality. Academic journal. 2022; 22(1): 22-30. (in Thai)

6. Kang K, Lee M & Cho H. Interpersonal skills mediate the relationship between communicative and clinical competencies among nursing students: A descriptive study. *Nurse Education Today*. 2021; 99: 10479. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104793.
7. Coombs NM. Educational scaffolding: Back to basics for nursing education in the 21st century. *Nurse Education Today*. 2018; 68: 198-200. doi: 10.1016/j.nedt.2018.06.007.
8. Thailand Nursing and Midwifery Council. Announcement of the Thailand Nursing and Midwifery Council on the main competencies of graduates of bachelor's, master's, and doctoral degrees in nursing science. Bangkok, Thailand: Legal department; 2018. (in Thai)
9. Tienkhaw S. Extracurricular activities for developing learners' quality. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology*. 2020; 6(2): 255-63. (in Thai)
10. Kim J. The empirical study of extracurricular activity on socially responsible leadership. *Journal of leadership education*. 2022; 1-14. doi: 10.12806/V21/I1/R6.
11. Alnaeem L. Involvement in extracurricular activities and overcoming high levels of communication apprehension among Saudi EFL majors. *Arab World English Journal*. 2021; 12(2): 185-208.
12. Kostovich CT, Van Denack J & Bachmeier P. "I will be here for you:" Nursing students' perceptions of being present for their patients. In: 44th Biennial convention of sigma theta tau international. Sigma Theta Tau International, Indianapolis, Indiana; 2017.
13. Phipatanapanit P & Junsawang C. The comparative study on the nursing student's perceived usefulness and satisfaction on different learning style in pathophysiology in nursing course. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(3): 228-36. (in Thai)
14. Lanwong T, Phakdeechnuan K, Boonyoung. & Chukumnerd P. The influence of attitude knowledge self-efficacy and outcomes expectation to integration of eastern wisdom in nursing practice of nursing students. Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2021; 41(2): 77-88. (in Thai)
15. Bandura A. Self-Efficacy: The exercise of control. New York: W.H.; Freeman and Company; 1997.
16. Office of the basic education commission, Ministry of Education. A guide to using measurement and evaluation tools to develop student learning and competency. Bangkok: Akson Thai Printing Ltd; 2022. (in Thai)
17. Chantra R. & Sarakshetrin A. Learning skills in 21st century of nursing students at Boromarajonani college of nursing, Suratthani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2020; 4(1): 180-90. (in Thai)
18. National association of school nurses. Framework for 21st-century school nursing practice TM: clarifications and updated definitions. National Association of School Nurse S Nurse. 2020; 35(4): 225-33. doi: 10.1177/1942602X20928372.
19. Spady WG. Outcome-based education: Critical issues and answers. Arlington. VA: American Association of School Administrators; 1994. ERIC: ED380910.

20. Tan K, Chong MC, Subramaniam P & Wong LP. The effectiveness of outcome-based education on the competencies of nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*, 2018; 64: 180-9. doi: 10.1016/j.nedt.2017.12.030.
21. Brennan BA. The impact of self-efficacy based prebriefing on nursing student clinical competency and self-efficacy in simulation: An experimental study. *Nurse Education Today*. 2022; 109: 105260. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105260.
22. Pelikan ER, Luftenegger M & Holzer J et al. Learning during COVID-19: the role of self-regulated learning, motivation, and procrastination for perceived competence. *Z Erziehungswiss.* 2021; 24: 393–418. doi: org/10.1007/s11618-021-01002-x.
23. Kim BJ. & Chung JB. Is safety education in the E-learning environment effective? Factors affecting the learning outcomes of online laboratory safety education. *Safety Science*. 2023; 168:106306. doi: 10.1016/j.ssci.2023.106306.
24. Liu M, Zuo J, Tao Y, Zhao L, Wu S, Feng L & Liao L. Influencing factors of learning sustained attention for nursing students in online settings: A structural equation model. *Nurse Education Today*. 2022; 111: 105248. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105248.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต่อความรู้ ทักษะและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Effects of The Empowerment Program on Knowledge, Attitude and Skills of Caregivers in Caring for Dependent Older Adults

เบญจวรรณ หารัญดา*¹ กิตติภูมิ ภิญโญ²

Benjawan Haranda*¹ Kittiphoom Phinyo²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแพง, กาฬสินธุ์, ประเทศไทย 46000

¹Non Pang Sub-District Health Promoting Hospital, Kalasin, Thailand 46000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, ประเทศไทย 4000

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 4000

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 34 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าความเชื่อมั่นของความรู้และทักษะ ใช้สูตรครุเดอร์-ริชาร์ดสัน = .95 และ .73 ทักษะใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .79 เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Sign Rank test และ Man-Whitney U test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและที่เกี่ยวข้อง ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนา ความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการพัฒนามาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำสำคัญ : ความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

The research is quasi experimental two groups were measured before and after. The purpose of this study was to study the effects of the elderly caregiver's empowerment program on knowledge, attitude, and skills in caring for the dependent elderly. The sample was 34 elderly caregivers and was divided into experimental and control groups, 17 people each by cluster area random sampling. The experimental group received the 12-week program. The tools used for data collection were 1) Empowerment Program through content validity verification from 5 experts, 2) questionnaires on knowledge, attitudes and skills in caring for

the dependent elderly. Confidence of Knowledge and Skills Couder Richardson formula was used = .95 and .73. Attitude was used Cronbach's alpha coefficient formula = .79 . The data were collected and analyzed using descriptive statistics Wilcoxon Sign Rank test and the Man-Whitney U test. The results of the study found that the experimental group had the mean scores of knowledge, attitude, and skills in caring for dependent elderly people after the experiment than before the experiment and higher than the control group statistically significant level of $p < .05$. The recommendations should encourage primary care and related agencies to implement empowerment programs to promote and develop knowledge, attitudes, and skills in caring for dependent elderly people The subsequent studies should explore the effectiveness of caring for the elderly who were cared for by the elderly caregivers who underwent the development of an empowerment program.

Keywords: knowledge attitude and skills, empowerment, elderly caregivers, dependent elderly

บทนำ

ในปี 2563 ประชากรโลกมีผู้สูงอายุจำนวน 440 ล้านคน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.73 เป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์¹ ในจังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.02 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้สูงอายุร้อยละ 14.83² และในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแพง ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้สูงอายุร้อยละ 15.17 ของประชากร³ ถือว่าเป็นเขตพื้นที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่บอกถึงการทำงานของร่างกาย (Functional health) หรือภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุใช้การประเมินภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลแอคทีว (Barthel Activity Daily Living index: ADL) นำผลการประเมินมาจัดบริการการดูแลตามความจำเป็นทางสุขภาพ และการจัดบริการช่วยเหลือดูแลทางสังคม⁴ เพื่อนำมาจัดบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยคำนึงถึง ความเสมอภาค คุณภาพ และประสิทธิภาพในการจัดบริการ⁵ สำหรับประเทศไทย ปี 2563 นั้น มีการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ดังนี้ กลุ่มติดสังคม (คะแนน ADL 12-20 คะแนน) ร้อยละ 62.22 กลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL 5-11 คะแนน) ร้อยละ 34.18 และกลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL ต่ำกว่า 4 คะแนน) ร้อยละ 15.0 ส่วนในจังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 10.41 เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นทางกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายผลิตผู้ดูแล (Caregiver) 1 คนต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-7 คน เพื่อให้เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ⁶ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเป็น

บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ มีเวลาการอบรม อย่างน้อย 70 ชั่วโมง โดยมีการดำเนินการผ่านกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care; LTC)⁶

ในพื้นที่ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีหน่วยบริการจำนวน 3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ได้แก่ รพ.สต. บ้านผายแตก รพ.สต. บ้านดงเมือง และ รพ.สต. บ้านโนนแพง รูปแบบการดำเนินงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 86 คน⁷ สำหรับในเขตพื้นที่รับผิดชอบรพ.สต. บ้านโนนแพง มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 35 คน ร้อยละ 7.21 ปัญหาที่พบ ทุพโภชนาการ ร้อยละ 28.57 แผลกดทับ ร้อยละ 14.28 ข้อยึดติด ร้อยละ 8.57 ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล ร้อยละ 5.7 การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาให้ ทีมเข้ามาดูแลให้บริการเช่น ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ญาติ เป็นต้น เป้าหมาย เพื่อเป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู แต่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างยั่งยืน และยังพบอีกว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความหลากหลาย ขาดการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ขาดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในเชิงรุก ขาดการบูรณาการ

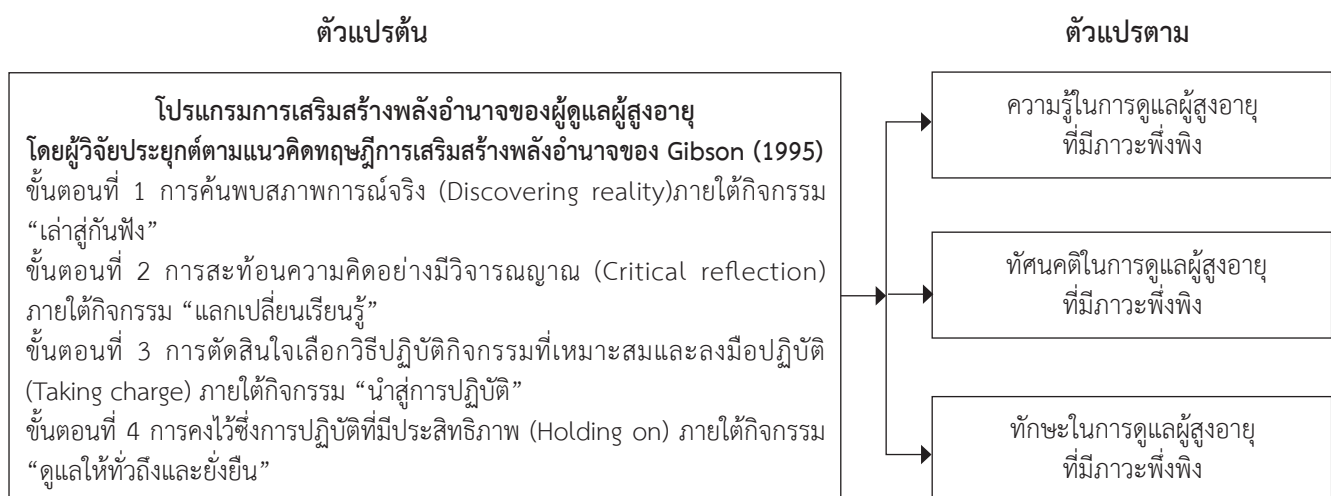
ทุกภาคส่วน อีกทั้งยังทางพื้นที่เองมีได้อบรมฟื้นฟูผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณและสถานการณ์โรคโควิด-19 ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในเรื่องของความรู้ ทักษะและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น มีแผนรายบุคคล และมีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ⁹ ยังพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันต่อการดูแลตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ⁹ จะเห็นได้ว่ากระบวนการที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการตอบสนองความเชื่อมั่นในตนเองช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สร้างความเข้มแข็งให้บุคคล มุ่งเน้นการแก้ปัญหา คือการให้เครื่องมือ ทักษะ ข้อมูล ความช่วยเหลือถือเป็นหัวใจสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹⁰ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สมมุติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในกลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในกลุ่มควบคุมหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบศึกษา 2 กลุ่มวัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง วัดความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Two Group Pretest - Posttest Design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ผ่าน การอบรมการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในเขตพื้นที่ ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 34 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีเกณฑ์การ คัดเข้า 1) เป็นผู้ที่อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ผ่าน การอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบของ กระทรวงสาธารณสุข มาไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในความดูแลอย่างน้อยตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป 3) สามารถ ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีให้ความ ร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก 1) ย้ายที่อยู่ 2) ไม่สามารถ เข้าร่วมในโปรแกรมได้ 70 % ของการจัดกิจกรรม (กิจกรรมมี 9 ครั้ง ต้องเข้าร่วมอย่างน้อย 7 ครั้ง)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการ คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน สำหรับการทดสอบทางเดียว¹⁰ โดยใช้ ความแปรปรวนและผลต่างค่าเฉลี่ยจากการศึกษาที่ใกล้เคียง¹¹ กำหนดระดับความเชื่อมั่น = 95% ค่าอำนาจการทดสอบ = 90% ได้กลุ่มตัวอย่างละ 16 ราย เนื่องจากการศึกษาทั้ง ทดลอง ซึ่งอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการ ทดลอง เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่ม ผู้ศึกษา จึงเลือก ขนาดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 17 คน รวม 34 คน จัดผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1). การสุ่มแบบ แบ่งกลุ่ม (Cluster (Area) Random Sampling) เนื่องจากเขต ตำบลลำพานมีหน่วยบริการ 3 รพ.สต. เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ของข้อมูล จึงมีการแบ่งประชากรออกเป็นเขตพื้นที่เป็นกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่ง รพ.สต.ที่เป็นกลุ่มทดลองคือ รพ.สต. บ้านโนนแพง จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N) 17 คน กลุ่มควบคุม คือ รพ.สต. บ้านดงเมือง จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N) 13 คน รพ.สต. บ้านฝายแตก จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N) 10 คน รวม (N) 23 คน สุ่มครั้งที่ 2 เป็นการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยเขียนชื่อใส่กล่องหยาบโดยไม่ใส่สีขึ้นมา จำนวน (n) 17 คน เฉพาะในกลุ่มควบคุมเท่านั้น เนื่องจากประชากรของ กลุ่มควบคุมเท่ากับ (N) 23 คน จึงจำเป็นต้องสุ่มตัวอย่าง ออกมา (n) 17 คน

เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับสูง ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้วิธีแบบคูเดอร์- ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะ คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวม อยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 4.24 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนน 24 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ทักษะอยู่ในระดับสูง ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.73

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมใช้แนวคิดการเสริมสร้างอำนาจ ตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน (Care manager = CM) 2 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ค่าความตรงตามเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ = 0.94, ทักษะ = 0.95 และทักษะ = 0.97 เพื่อปรับปรุงเนื้อหาและ รูปแบบที่เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565-31 ธันวาคม 2565 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ระยะเตรียมการ นำเสนอเค้าโครงการศึกษาต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยและเตรียมผู้ประสานงานวิจัย 1 คน ผู้ประสานงานวิจัยมีหน้าที่เป็นผู้แจกและเก็บแบบสอบถามและเตรียมอุปกรณ์ในระหว่างการทำกิจกรรม

2. ดำเนินการศึกษา

1. กลุ่มทดลอง การดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ภายใต้กิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง”

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ประเมิน ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนเริ่มโครงการ (ตอบแบบสอบถาม) และชี้แจงการดำเนินการวิจัย

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นให้เปิดโอกาส ได้เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาและวิเคราะห์ ร่วมกันค้นหาปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไรโดยมีการจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 5-6 คน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ภายใต้กิจกรรม “แลกเปลี่ยนเรียนรู้”

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 การให้ความรู้เรื่อง แนวคิดผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อย การฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพในช่องปาก อาหารผู้สูงอายุ การดูแลแผลกดทับ การจัดทำ การจัดสิ่งแวดล้อม

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยเข้าฐานการเรียนรู้เพื่อให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ รวมถึงการสาธิตวิธีปฏิบัติและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลองฝึกปฏิบัติตามเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและมีความเข้าใจอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ภายใต้กิจกรรม “นำสู่การปฏิบัติ”

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5 การลงเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุรับผิดชอบพร้อมกับ

ผู้วิจัยโดยแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 2 กลุ่มๆ ละ 8-9 คน ลงเยี่ยม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2-3 คน ต่อ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน ลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 6 ลงเยี่ยมลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 4)

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 7 ลงเยี่ยมลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 4)

สัปดาห์ที่ 10 ครั้งที่ 8 ลงเยี่ยมลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 4)

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ภายใต้กิจกรรม “ดูแลให้ทั่วถึงและยั่งยืน”

สัปดาห์ที่ 12 ครั้งที่ 9 การกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เล่าถึงประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างฝึกปฏิบัติและร่วมกันคิดวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข ประเมิน ความรู้ ทักษะและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ตอบแบบสอบถาม) หลังสิ้นสุดโครงการ

2. กลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติ เชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) มีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilk Test พบว่า ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test และ Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ผ่านการอบรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เชิงสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2564 และโครงการนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 652339 เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2565 ผู้ศึกษาพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัย ยึดหลัก 3 ประการ 1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2. หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3. หลัก

ยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัยขออนุญาตก่อนเก็บข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยการเก็บข้อมูลการลงนามในหนังสือให้ความยินยอม การเสนอผลงานในภาพรวมและสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และเนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันอยู่ในช่วง พรก.ฉุกเฉิน เรื่องของการป้องกันการระบาดของ COVID-19 ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 9132563 เรื่อง แนวทางการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2563 เช่น ผู้เก็บข้อมูลต้องเป็นผู้ที่รับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ครบ 2 เข็ม และสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้ศึกษาเช่น สวมหน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่างในการเก็บข้อมูล 1 – 2 เมตร สถานที่เก็บข้อมูล ในพื้นที่โล่งอากาศถ่ายเทสะดวก เป็นต้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.41 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีสถานะ

ภาพสมรส ร้อยละ 76.47 รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 64.71 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.94 บทบาทหน้าที่ที่สำคัญในชุมชนเป็น อสม. ร้อยละ 76.47 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.18 และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีผู้สูงอายุที่ดูแลมากกว่า 5 คน ร้อยละ 47.06 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุเกี่ยวข้องเป็นญาติ ร้อยละ 70.58 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีผลกดทับข้อยึดและข้อติด ร้อยละ 35.29 และ 35.29 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 50.47 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.12 มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 82.35 รายได้พอใช้ ร้อยละ 88.23 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.82 บทบาทหน้าที่ที่สำคัญในชุมชนเป็น อสม. ร้อยละ 94.12 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41.18 ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีผู้สูงอายุที่ดูแลมากกว่า 5 คน ร้อยละ 94.12 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุเกี่ยวข้องเป็นญาติ ร้อยละ 52.93 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีผลกดทับ โรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง ร้อยละ 41.18 และ 41.18 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีความต้องการที่จะเพิ่มความรู้ในเรื่องของผลกดทับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		z	p-value
	Mean Ranks	Mean (S.D.)	Mean Ranks	Mean (S.D.)		
ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้	0.00	16.65 (2.03)	8.00	19.35 (0.93)	3.43	<0.001*
ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ	0.00	3.86 (0.29)	9.00	4.79 (0.13)	3.63	<0.001*
ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ	1.00	23.71 (2.29)	9.50	27.29 (1.36)	3.46	<0.001*

หมายเหตุ Z ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test, * $p < .05$

จากตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทักษะ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		z	p-value
	Mean Ranks	Mean (S.D.)	Mean Ranks	Mean (S.D.)		
ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้	7.60	16.59 (1.58)	7.44	16.59 (1.48)	0.93	0.36
ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ	7.18	4.23 (0.36)	11.40	4.15 (0.37)	2.16	0.03*
ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ	9.00	23.82 (2.10)	8.35	25.41 (3.06)	1.66	0.09

หมายเหตุ Z ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test , * p< .05

จากตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		z	p-value
	Mean Ranks	Mean (S.D.)	Mean Ranks	Mean (S.D.)		
ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้						
ก่อนการทดลอง	18.44	16.65 (2.03)	16.56	16.59 (1.58)	0.56	0.59
หลังการทดลอง	24.50	19.35 (0.93)	10.50	16.94 (1.48)	4.19	<0.001*
ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ						
ก่อนการทดลอง	12.44	3.86 (0.29)	22.56	4.23 (0.36)	2.98	0.002*
หลังการทดลอง	25.82	4.79 (0.13)	9.18	4.15 (0.37)	4.89	<0.001*
ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ						
ก่อนการทดลอง	17.38	23.71 (2.29)	17.62	23.82 (2.10)	0.70	0.94
หลังการทดลอง	24.53	27.29 (1.36)	10.47	25.41 (3.06)	4.22	<0.001*

หมายเหตุ Z ใช้สถิติ Mann-Whitney U test, *p< .05

จากตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่แตกต่างกัน แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05 ส่วนในระยะหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05

การอภิปรายผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตาม
สมมุติฐานดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 ความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในกลุ่มทดลองหลังเข้ารับ
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า
ก่อนเข้ารับโปรแกรม เนื่องจากในกลุ่มทดลองหลังได้รับ
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งมีกิจกรรมการดังนี้
กิจกรรมที่ 1 “เล่าสู่กันฟัง” เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ
และกระตุ้นให้เปิดโอกาส ได้เล่าประสบการณ์และวิเคราะห์
ปัญหาที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 2 “แลกเปลี่ยนเรียนรู้” เป็นการให้
ความรู้เรื่อง แนวคิดผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อย การฟื้นฟูสภาพ
การดูแลสุขภาพในช่องปาก อาหารผู้สูงอายุ การดูแลแผลกดทับ
การจัดท่า การจัดสิ่งแวดล้อมและการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยเข้าฐานการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ
กิจกรรมที่ 3 “นำสู่การปฏิบัติ” เป็นการแนะนำพร้อมทั้งสาธิต
และสาธิตย้อนกลับถึงวิธีการปฏิบัติ การลงเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่ 4
“ดูแลให้ทั่วถึงและยั่งยืน” นำสู่การปฏิบัติที่มีความต่อเนื่อง
และพื้นที่การศึกษาเป็นบริบทพื้นที่ชุมชนทั้งเมือง สามารถเข้า
ถึงความรู้ได้ง่ายกว่าเขตชนบท มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีไลน์ที่ใช้
ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ได้ มีทีมสหวิชาชีพที่ดูแลเป็น
เครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹¹ พบว่า ผู้ดูแลมี
ความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการ
ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงผู้สูงอายุในกลุ่ม
ทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแล
ตนเอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง
และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 $p < .05$ ^{12,13}

สมมุติฐานข้อที่ 2 ความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในกลุ่มควบคุมหลังทดลอง
มากกว่าก่อนได้รับการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่ม
ควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะ ไม่แตกต่างกัน
เนื่องจากกลุ่มควบคุม ไม่ได้มีการเพิ่มเติมในเรื่องของความรู้
และทักษะ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ พบว่าหลังการทดลอง
มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 $p < .05$ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนมากมีบทบาทหน้าที่ใน
ชุมชนคือ เป็น อสม. ซึ่งมีจิตใจที่เป็นจิตอาสา มีการประชุม
การอบรม มีการให้ Caregiver มีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว

สมมุติฐานข้อที่ 3 ความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังเข้ารับโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่ม
ทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการให้
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกิจกรรมสำคัญดังนี้
1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)
ภายใต้กิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” 2) การสะท้อนความคิดอย่างมี
วิจารณญาณ (Critical reflection) ภายใต้กิจกรรม
“แลกเปลี่ยนเรียนรู้” 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรม
ที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ภายใต้กิจกรรม
“นำสู่การปฏิบัติ” ลงเยี่ยมบ้าน 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี
ประสิทธิภาพ (Holding on) ภายใต้กิจกรรม “ดูแลให้ทั่วถึง
และยั่งยืน” ซึ่งถือว่าการเพิ่ม ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ
จึงทำให้เกิดความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา
ที่ผ่านมา^{14,15} พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และการการปฏิบัติ
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ส่วนในระยะก่อนทดลอง
พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะ ระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย
ทัศนคติของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ เนื่องจาก ในกลุ่ม
ควบคุมมีความเป็นจิตอาสา ในการดูแลผู้สูงอายุและอีกทั้ง
กลุ่มนี้ได้รับการอบรมฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนที่ผู้ศึกษา
จะเข้าร่วมวิจัย ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีการอบรมฟื้นฟูผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้น
อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ
ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง^{9,15}

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้
ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลัง
ทดลองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ จึงเสนอแนะว่า ควร
สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและที่เกี่ยวข้อง
ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อ
พัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับ
การดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการพัฒนาจากโปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจ

References

1. Ministry of Social Development and Human Security, Department of Older Persons. Measures to drive the national agenda about aging society (revised version). Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2019. (in Thai).
2. Kalasin Provincial Public Health Office. Information on the elderly in 2020. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2020. (in Thai).
3. Ban Non Phang Sub-District Health Promoting Hospital, Editor. Summary of Long Term Care Health Fund Operations at Ban Non Phang Health Promoting Hospital Lampan Subdistrict Mueang District Kalasin Province. Kalasin. Meeting to monitor the implementation of the Long Term Care Health Fund in the area of Lampan Municipality; 2021 Jan 9; Lampan Subdistrict Municipality Meeting Room Kalasin: Ban Non Phang Health Promoting Hospital; 2021. (in Thai).
4. Kitteerawutwong K., Kitteerawutwong N. Direction of the development of long-term caregivers in the community. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018;36(4):15–24. (in Thai).
5. Artsanthia J., Kampraw P. A model of care for the elderly in the community. *Journal of Army Nursing*. 2014;15(3):123–7. (in Thai).
6. National Health Security Office. Handbook of long-term care system in public health for dependent elderly in the area (Long Term Care) in the National Health Security System. 1st ed. Bangkok: Security Office; 2016. (in Thai).
7. Lampan Municipality. Summary of the performance of the elderly in 2021. Kalasin: Lampan Municipality; 2021. (in Thai).
8. Suanruang P., Wannasri A., Srithamrongsawat S. Caring for dependent elderly people in the community under the policy to develop a long-term care system Public health for the elderly with dependent conditions. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*. 2018; 12(3):437–51. (in Thai).
9. Chansukon E., Kongpracha A. Effects of Empowerment Program on Self- Care Behavior of the elderly in the community. *Science and Technology Journal*. 2017;2(1):24–34. (in Thai).
10. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*. 1995;21:1201–10.
11. Silanoi D. Methodology for determining sample size for quantitative research (survey and experimental). Bangkok; 2015. (in Thai).
12. Ucharattana P., Pansakd W., Posre C. Effects of an empowerment program on the development of self-care potential among the elderly in the community. *Journal of Army Nursing*. 2014; 15(2):216–24. (in Thai).
13. Dokhom P., Chaiyawong T., Chaiyawong S. The effectiveness of a self-efficacy awareness promotion program on knowledge attitudes and caring practices of the dependent elderly among village health volunteers Chun District Phayao Province. Phayao Province. *Lanna Public Health Journal*. 2019;18(1):57–67. (in Thai).
14. Roawroojen S. The development of a health care model for the elderly for elderly caregivers Warin Chamrap District Ubon Ratchathani Province. *Journal of Narathiwat Rajanagarindra University*. 2017;9(3):57–69. (in Thai).
15. Thipsangwan K., Sribenjama N., Laemlak P. Results of the program to develop the competency of volunteers taking care of the elderly in the community. *Humanities and Social Sciences Journal graduate school Pibulsongkram Rajabhat University* 2018;12(1):275–8. (in Thai).

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร ต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Effects of Food Consumption Promotion Program on Knowledge and Food Consumption Behavior and Blood Sugar Levels in Women with Gestational Diabetes Mellitus

รัตนเพ็ญพร ศิริวัลลภ* อมรรัตน์ ฝาละศรี

Rattanapenporn Siriwallop* Amornrat Phalasri

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ชัยภูมิ ประเทศไทย 36000

Faculty of nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum, Thailand 36000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดผลก่อน-หลัง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน เครื่องมือในการทดลอง คือโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมทางด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบบันทึกการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที่ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีความแตกต่างกัน สรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ระดับน้ำตาลในเลือด, สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This study was a quasi-experimental study with 2 groups of samples. A pretest-posttest two-group design was used to compare mean scores on food consumption behavior, knowledge and blood glucose levels of women with gestational diabetes before and after the trial. And compare the average knowledge scores dietary behavior and blood sugar levels of women with gestational diabetes between the control and

experimental groups after the program. The sample consisted of 36 pregnant women with gestational diabetes mellitus, divided into an experimental group and control group, 18 people in each group. Experimental instruments is a program to promote nutritional behaviors appropriate to gestational diabetes and The tools used for data collection were knowledge questionnaires on gestational diabetes, dietary behavior questionnaire and blood sugar control record form, were .8 and .84 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests statistics. The results showed that The average of dietary behavior and the average knowledge between the experimental group and control group after experimental were significantly different ($p < .01$). Mean Blood Sugar was no difference. In conclusion, the program can help promote knowledge of pregnant women. And have appropriate dietary habits Therefore, it should be applied to nursing care for pregnant women with gestational diabetes in order to effectively self-care.

Keywords: Food consumption behavior, blood sugar level, women with gestational diabetes mellitus

บทนำ

เบาหวานในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความสำคัญและพบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ แนวโน้มสถิติการเกิดภาวะเบาหวานเพิ่มขึ้น ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 20.9 ล้านคนหรือร้อยละ 16.2 โดยร้อยละ 85.1 วินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes)¹ อุบัติการณ์ของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 2.6-7.02 และพบมากขึ้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์อายุมากขึ้นด้วย ส่วนใหญ่จะเริ่มวินิจฉัยได้ตั้งแต่ต้นไตรมาสที่ 3 หรืออายุครรภ์ช่วง 24-28 สัปดาห์ การตรวจคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานจะช่วยให้วินิจฉัยโรค และให้การดูแลรักษาได้เร็วขึ้น¹⁻²

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก มารดามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์³ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำคร่ำมากกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด คลอดยาก และตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น^{4,5} ส่วนผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ทารกตัวโต คลอดติดไหล่ ภาวะน้ำตาลต่ำเมื่อแรกเกิด หายใจลำบาก และทารกตายในครรภ์⁵ นอกจากนี้สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดความทนต่อกลูโคสผิดปกติ หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตถึงร้อยละ 30-84⁶

ความรู้เรื่องภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยส่วนบุคคลในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁷ ที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานเกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อขาดความรู้ที่ถูกต้องหรือมีความรู้ที่ไม่เพียงพอ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะนำความกลัวของตนเองมาประกอบกับประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในอดีต หรือประสบการณ์การตั้งครรภ์จากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดความวิตกกังวลทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด⁸ โดยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลในตรวจวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาการ และภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วยชนิดและปริมาณอาหาร การเลือกรับประทานอาหารแลกเปลี่ยนที่เหมาะสม⁹ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สตรีตั้งครรภ์ควรมีความรู้เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งกับสตรีตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ และการช่วยให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจึงมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์เบาหวานที่มีความสอดคล้องกันในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การรับประทานอาหาร ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม การออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์¹¹ และสมรรถนะแห่งตนที่มีผลต่อการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์¹⁰⁻¹⁴

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

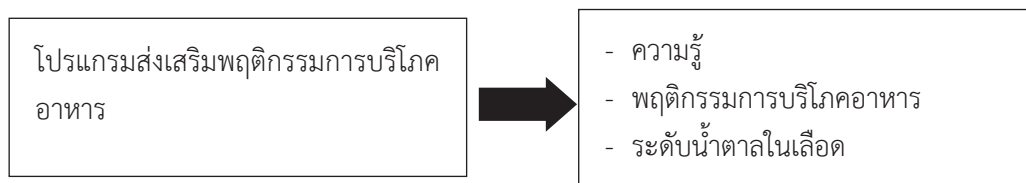
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรม

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง(Quasi experimental research) โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และมีการวัดผลก่อน-หลัง (pretest-posttest two group design)

สถานที่ทำการทดลอง/ เก็บข้อมูล: แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรเป้าหมาย: สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด A1 (GDMA1) 3. มีความสามารถในการสื่อสาร ไม่มีปัญหาการอ่าน การเขียนภาษาไทย และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 4. ให้ความร่วมมือในการวิจัย/ยินดีเข้าร่วมโครงการเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1. สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนด 2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และ/หรือ ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมารับบริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างคำนวณได้จากการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษา¹⁵ ที่มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คนจาก G power version 3.1 โดยกำหนดค่า effect size = 1.10, power = .9, ค่าความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน และเพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มตัวอย่างเดิมอีก 20% (6 คน) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างคือ 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 18 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดคือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความสามารถในการสื่อสาร ไม่มีปัญหาการอ่าน การเขียนภาษาไทย และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และให้ความร่วมมือในการวิจัย/ยินดีเข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและดำเนินการทดลองโดยการให้การดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแก่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จนครบ 18 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1: ดำเนินการดังนี้

พบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง พูดคุยให้เกิดความไว้วางใจและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2 hr. pp) ในสมุดฝากครรภ์

- กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลในแผนกฝากครรภ์

- สัปดาห์ที่ 2-12 ให้การดูแลตามปกติ และแจ้งการนัดหมายอีก 12 สัปดาห์ตามการมาฝากครรภ์ตามนัด

2. ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12: ดำเนินการดังนี้

- ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่นัดหมาย ชักถามอาการให้ตอบแบบสอบถามความรู้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2 hr. pp) และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

- ผู้วิจัยแจกคู่มือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแก่กลุ่มควบคุม เพื่อรักษาจริยธรรมในการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการศึกษาครั้งนี้ กล่าวปิดและขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง

1. ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1: ดำเนินการดังนี้

- ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง พูดคุยให้เกิดความไว้วางใจและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2 hr. pp) ในสมุดฝากครรภ์

- เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ 40 นาที พร้อมให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแก่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นเวลา 20 นาที

- สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานพร้อมแจกคู่มือโปรแกรมฯ และแนะนำให้กลับไปปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่บ้านทุกวันแล้วบันทึกลงในแบบบันทึกการรับประทานอาหารในคู่มือ

- สัปดาห์ที่ 2-12 ให้การดูแลตามปกติ และปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ติดตามเยี่ยม ให้คำปรึกษาและกระตุ้นสร้างเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และแจ้งการนัดหมายอีก 12 สัปดาห์ตามการมาฝากครรภ์ตามนัด

2. ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12: ดำเนินการดังนี้

- ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่นัดหมาย ทักทายซักถามอาการ ร่วมพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรค แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการศึกษาครั้งนี้ กล่าวปิดและขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เรื่อง โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เรื่อง โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยคู่มือ สื่อวีดิทัศน์

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์จากแบบสอบถาม¹⁶ โดยมีการปรับจำนวนข้อคำถาม ภาษา ให้เข้าใจง่ายและชัดเจนยิ่งขึ้น

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ อายุครรภ์ที่ อายุครรภ์ น้ำหนัก และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักและ BMI ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยเป็นเบาหวานในครอบครัว ประวัติการคลอด อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้

- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 18 ข้อ ไข่ หมายถึง 1 คะแนน และไม่ไข่/ไม่แน่ใจ หมายถึง 0 คะแนน

- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 13 ข้อ โดยเป็นคำถามทางบวก 8 ข้อ และทางลบ 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1 = ไม่ปฏิบัติเลย, 2 = ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์, 3 = ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์, 4 = ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์

- ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใช้ตามสมุดบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลสำหรับให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกระดับน้ำตาลในเลือดในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 12 มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยมีแนวคำถามในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเรื่องการดูแลตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ภาวะแทรกซ้อน ระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจะต้องได้รับการทดสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อหาค่า IOC: Item Objective Congruence Index แล้วนำแบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหาร มาทดลองความเป็นไปได้และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในหญิงตั้งครรภ์ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ตามวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .8 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 65-1-013 รับรองวันที่ 8 พ.ย. 2565 และผู้วิจัยได้ให้รายละเอียดและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัย และสอบถามความสมัครใจต่อการร่วม โครงการวิจัย รวมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลของโครงการวิจัยและข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการฝากครรภ์ และยังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ และ ร้อยละ และเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's Exact test ข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด (ก่อน-หลัง) จะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย (X) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบที กำหนดความน่าจะเป็น p-value <.05

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 66.67 เป็นการตั้งครรภ์หลัง ร้อยละ 77.78 มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 94.44 ประวัติการคลอดส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 72.22 ด้านดัชนีมวลกาย พบว่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 38.88 ดัชนีมวลกาย ปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ระดับมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 44.45 ด้านประวัติการเจ็บป่วยโรคเบาหวาน เคยเป็นโรคเบาหวานมาก่อน การตั้งครรภ์ ร้อยละ 77.78 มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 66.67 ด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 61.11 ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 66.66 ด้านรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 55.56

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 61.11 การตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์หลัง ร้อยละ 77.78 มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 77.78 ประวัติการคลอดส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 55.56 ด้านดัชนีมวลกาย พบว่า ดัชนีมวลกาย ก่อนการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 61.11 ด้านประวัติการเจ็บป่วยโรคเบาหวาน เคยเป็นโรคเบาหวานมาก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 50.00 มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 55.56 ด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 55.56 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 55.56 ด้านรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5,001 บาท ร้อยละ 44.45 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วน

บุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n = 18$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง ($n = 18$)		หลังการทดลอง ($n = 18$)		ค่าสถิติ	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.05	0.16	3.69	0.10	t-18.938**	<.001
ความรู้	12.94	1.90	15.50	1.15	t-8.693**	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	116.50	39.17	98.89	9.92	z-2.529**	.009

t = Paired sample t-test, z = Wilcoxon Sign Rank Test, * $p<.05$, ** $p<.01$

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.05$, S.D. = 0.16 และ $\bar{X} = 3.69$, S.D.=0.10 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ความรู้ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.94$, S.D. = 1.90) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 15.50$, S.D. = 1.15) ผลการวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนและหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 66.67 ($\bar{X} = 116.50$, S.D. = 39.17) และร้อยละ 100.00 ($\bar{X} = 98.89$, S.D. = 9.92) ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความรู้ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความรู้ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n = 18$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง ($n = 18$)		หลังการทดลอง ($n = 18$)		ค่าสถิติ	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.94	0.17	2.95	0.15	t-0.172	.866
ความรู้	12.78	1.26	12.33	1.18	t-1.572	.134
ระดับน้ำตาลในเลือด	114.56	26.68	93.89	9.43	z-3.574**	<.001

t=Paired sample t-test, z= Wilcoxon Sign Rank Test, * $p<.05$, ** $p<.01$

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$, S.D. = 0.17 และ $\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.15 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ความรู้ของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.78$, S.D. = 1.26 และ $\bar{X} = 12.33$, S.D. = 1.18 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 83.33 ($\bar{X} = 114.56$, S.D. = 26.68) และร้อยละ 100.00 ($\bar{X} = 93.89$, S.D. = 9.43) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความรู้ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)		ค่าสถิติ	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.05	0.16	2.94	2.94	t1.845	.074
ความรู้	12.94	1.90	12.78	12.78	t0.389	.699
ระดับน้ำตาลในเลือด	116.50	39.17	114.56	114.56	z-0.286	.775

t=Independent t test, z= Mann-Whitney U Test

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความรู้และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลใน เลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบ

ว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความรู้และ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความรู้ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		ค่าสถิติ	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.69	0.10	2.95	0.15	t17.407**	<.001
ความรู้	15.50	1.15	12.33	1.18	t8.123**	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	98.89	9.92	93.89	9.43	z-1.379	.168

t=Independent t test, z= Mann-Whitney U Test, *p<.05, **p<.01

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความรู้ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล ในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยความรู้ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การบริโภคอาหาร ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมไปถึงการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ bandura⁷ โดยเชื่อว่าบุคคลคนหนึ่งจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการการทำพฤติกรรมต่างๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตน โดยการให้ความรู้เรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁷ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีสมรรถนะแห่งตนมีคามสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และยังส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความตระหนักรู้และมีความมั่นใจมากขึ้น¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมต่อความรู้ การควบคุมระดับน้ำตาล และการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน¹⁵ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากการได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการให้ความรู้และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน⁴ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์¹⁸ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง เท่ากับ 116.50 mg/dl (S.D. = 39.17) และ 114.56 mg/dl (S.D. = 14.56) ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงในสัปดาห์ที่ 12 เท่ากับ 98.89 mg/dl (S.D. = 9.92) และ 93.89 mg/dl (S.D. = 9.43) ตามลำดับ ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีแนวโน้มของระดับน้ำตาลในเลือดรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ก็ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจะต้องได้รับการดูแล การรักษาพยาบาล การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการได้รับคำแนะนำจากสูติแพทย์และพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ในระหว่างที่มาฝากครรภ์แต่ละครั้ง รวมทั้งการติดตามและประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ ๆ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่มสามารถควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงได้ดี และอยู่ในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกผ่อนคลายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์¹² พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา¹⁸ โดยศึกษาถึงผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสามารถช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาลักษณะนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอื่นๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

References

1. Netgrajang C. Strengthening Multidisciplinary Approach to Prevent and Control Complications of Diabetes Mellitus in Pregnant Women. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2019; 36(2), 168-77. (in Thai)
2. Limruangrong P, Boriboonhirunsarn D, Puangsricharern A, Pinitlertsakun O. Factors Influencing the Occurrence of Gestational Diabetes Mellitus in Pregnant Women with Abnormal Glucose Challenge Test. Journal of Nursing Science. 2016; 34(2), 58-69. (in Thai)
3. Warunpitikul R, Aswakul O. The Incidence of Diabetes Mellitus in Pregnant Women and its Outcomes Between Pregnant Women with Diabetes Mellitus and Non-Diabetes Mellitus at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynecology. 2014; 22(2), 81-7. (in Thai)
4. Suwanpakdee W, Youngwanichsetha S, Shunuan S. Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Dietary and Exercise Behaviors among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019; 6(1), 39-50. (in Thai)
5. Srisawat K, Sikaow O. Management for Gestational Diabetes Mellitus. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2011; 15(2), 50-9. (in Thai)
6. Kim C Berger DK, & Chamany S. Recurrence of gestational diabetes mellitus: a systematic review. Diabetes Care. 2007; 30(5), 1314-19.
7. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. W.H. Freeman and Company, New York. 1997
8. Hirst JE, Thach Son T, My An Thi D, Rowena F, Morris JM, & Jeffery HE. Women with gestational diabetes in Vietnam: a qualitative study to determine attitudes and health behaviours. Biomed central Pregnancy & Childbirth. 2012; 12(81), 1-10.

9. Bandyopadhyay M, Small R, Davey MA, Oats JJN, Forster DA, & Aylward A. Lived experience of gestational diabetes mellitus among immigrant South Asian women in Australia. [Article]. Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2011; 51(4), 360-4.
10. Thitpad C, Banchonhattakit P. Effects of Eating Behavior Program for Pregnant Women with Weight Gain during Pregnancy in ANC Clinic, Tertiary Hospital, Khon Kaen Province. Srinagarind Medical Journal. 2012; 27(4), 347-53. (in Thai)
11. Suvisa Parnkasem S. Exercise During Pregnancy. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015; 15(3), 108–13. (in Thai)
12. Jittrapirom A, Chareonsant J. Effectiveness of Education Provision and Relaxation Training Program on Self-care Behaviors, Blood Sugar Levels, and Stress among Gestational Diabetic Women. Nursing Journal. 2015; 42(4), 133-45. (in Thai)
13. Kaewpudpong K. Effects of self-care promoting program toward self-care behavior among gestational diabetic women. Medical Journal. 2018; 32(1), 907–18. (in Thai)
14. Thianwan Y, Nirattharadorn M, Wattana C. The Effects of a Self-care Promotion Program on Self-care Behaviors and Blood Sugar Levels among People at Risk of Diabetes. Nursing journal. 2012; 39(2). 132-43. (in Thai)
15. Pornkuna K, Anusornkeerakul S. The Effects of Program on Knowledge, Blood Sugar Level Control and Re-admission of Women with Insulin-Dependent Gestational Diabetes Mellitus. Srinagarind Medical Journal. 2017; 32(2). 135-42. (in Thai)
16. Phalasri A. Predictive factors of anxiety in women with first diagnosed. Nursing journal 2015; 33(2), 15-22. (in Thai)
17. Pingwong K, Sittipa K. Factors Related to Self-management Behaviors Among Pregnant Women at Risk of Gestational Diabetes Mellitus. Nursing Journal CMU. 2022; 49(1), 317-28. (in Thai)
18. Suwannarat K, Tachasuksri T, Siriarunrat S. Effects of a Self-management Support Program on Diabetes Self-management Behavior and Blood Sugar Level in Women with Gestational Diabetes Mellitus. Journal of phrapokklao nursing college. 2019; 30(2), 1-13. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรดิตถ์

The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Self-care Behaviors
and Clinical Outcomes among Diabetes and Hypertension Patients with
Chronic Kidney Disease Stage III, Faktha District Uttaradit Province

กฤตภณ เทพอินทร์¹ เสน่ห์ ขุนแก้ว*² กันตวิญญู จูเปรมปรี¹ พชรินทร์ วงษ์สว่าง¹

Kritsapon Thepin¹ Saneh Khunkaew*² Kantawit Jooprempree¹ Patcharin Wongsawang¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ประเทศไทย 53000

¹Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Uttaradit Province, Thailand 53000

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50180

²Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Chiang Mai Province, Thailand 50180

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลปากท่า ซึ่งถูกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Edwards, Wood, Davies, & Edwards ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 2) คู่มือสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และ 3) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .94 และ 1.00 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .82 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรัง

Corresponding Author*: E-mail: Saneh@bcnc.ac.th

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ และมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาสน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
The research funding from Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit and Princess Mondharoph Kamalasna Foundation.

วันที่รับ (Received) 17 ธ.ค. 2566 แก้ไขเสร็จ (Revised) 23 ก.พ. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 10 มี.ค. 2567

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 enhancement program on self-care behaviors and clinical outcomes among diabetes and hypertension patients with chronic kidney disease stage III. The samples were diabetes and hypertension patients with chronic kidney disease stage III who came to receive services at Faktha hospital. The sample was selected by Simple random sampling and put into an experimental group and a comparative group with 30 persons each. Research instruments were 1) a health literacy enhancement program among diabetes and hypertension patients with chronic kidney disease stage III. The program was based on the concept of health literacy pathway model by Edwards, Wood, Davies, & Edwards and The content validity indexes were 1.00 2) a handbook of health literacy in chronic kidney disease. and 3) Questionnaires on health literacy and self-care behaviors. The content validity indexes were .94 and 1.00, respectively. KR-20 of health literacy test was .82 and Cronbach's alpha coefficient of self-care behaviors were .84. Data were analyzed by descriptive statistics and a t-test.

The result revealed as follows: after enrolling in the program, the health literacy and self-care 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

Keywords: Health Literacy, Self-care Behaviors, Diabetes and Hypertension, Chronic Kidney Disease

บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกรวมถึงประเทศไทย เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง¹ สำหรับความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลก โดยประมาณอยู่ที่ร้อยละ 13.4 และพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนทางไตอยู่ระหว่าง 4.90 ถึง 7.08 ล้านคน² การเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั่วโลกตั้งแต่ปี 2533 เท่ากับร้อยละ 41.5 และในปี 2560 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.6 และเป็นการเสียชีวิตอันดับที่ 12 ของโลก¹

การเกิดโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังติดอันดับ 3 ของอาเซียน รองจากมาเลเซียและสิงคโปร์ ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยเกิดจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 36.3 รองลงมา เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง³ โดยภาวะไตเสื่อมหรือโรคไตเรื้อรังถูกจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 11.6 ล้านคน และเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จำนวน 5.7 ล้านคน และ

มากกว่า 100,000 คน ต้องได้รับการบำบัดทดแทนทางไต และในทุกปีจะพบผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ประมาณ 20,000 คน และต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนทางไต ด้วยการฟอกไตหรือล้างไตทางช่องท้อง⁴ และจากสถิติข้อมูล การเข้ารับการบำบัดทดแทนทางไต พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.30 และรองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 41.50⁵ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

จากสถิติข้อมูลในปี 2564 จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูงเป็นอันดับที่ 3 ของเขตบริการสุขภาพที่ 2 รองลงมาจากจังหวัดสุโขทัย และพิษณุโลก สำหรับอำเภอปากท่าพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังสูงกว่าระดับประเทศ ระดับเขตและระดับจังหวัด ในปีงบประมาณ 2562-2564 เท่ากับ 2,209.37, 2,749.91 และ 2,848.06 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังรายใหม่สูงเป็นอันดับ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 40.39, 54.14, 47.82 และ 54.8 ตามลำดับ⁶ จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพพบว่าอยู่ในระดับต่ำ ประกอบกับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปซึ่งสะท้อนถึง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ฉะนั้นแนวทางการควบคุมและแก้ไขด้วยการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เกิดจากความตั้งใจและให้ความร่วมมืออย่างดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง เริ่มต้นด้วยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับตนเองเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ⁷ การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ⁸ และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 หลากหลายรูปแบบทั้งในและต่างประเทศที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตลดลง และเพิ่มอัตราการกรองของไต ด้วยการจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การอบรมให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา และการติดตามเยี่ยมบ้าน^{10,11,12} การให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจ และการวัดความดันโลหิตที่บ้าน การฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับติดตามด้วยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์¹³ การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย การดูวิดีโอ และการอบรมผ่านทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับคำแนะนำที่ได้รับ¹⁴ เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของ Edwards, et al. (2012)¹⁵ มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี โดยการสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติ การปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะการสร้างทางเลือก และการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ รวมทั้งการใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ¹⁶ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการรู้คิดในตนเอง และตระหนักถึงปัญหาของตนเอง เป็นการสนทนาแบบฉันที่มีมากกว่าการชี้แนะเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพ และพาผู้ป่วยก้าวข้ามความลังเลไปสู่การปฏิบัติจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย และอยู่กับภาวะของโรคได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐาน

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด) ของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (อัตราการกรองของไต) ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ¹⁵ ประกอบด้วยขั้นตอนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ 2) การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติ 3) การปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ 4) การพัฒนาทักษะการสร้างทางเลือก และ 5) การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ขั้นตอน รวมทั้งการใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing [MI]) ส่งผลให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา รวมทั้งเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ซึ่งจะช่วยป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต

และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลปากท่อ อำเภอปากท่อ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 249 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 (GFR 30-59.99 มล./นาที /1.73 ตร.ม.)

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.2¹⁷ กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัย¹⁸ โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 57.40 (SD = 8.96) และ 51.30 (SD = 4.95) ตามลำดับ ซึ่งคำนวณ Effect size ได้เท่ากับ .84 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .90 ได้ขนาดกลุ่มละกลุ่มละ 25 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน (ร้อยละ 20) เป็นกลุ่มละ 30 คน¹¹ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จับคู่ (match pair) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) ได้รับการรักษาด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 2) มีอัตราการกรองของไต ตั้งแต่ 30-59.99 มล./นาที /1.73 ตร.ม. 3) มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป และกรณีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไปต้องได้รับการทดสอบสภาพสมองด้วยแบบประเมินภาวะการรับรู้คิดฉบับสั้น โดยมีคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนน ขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านและเขียนได้เข้าใจ และ 5) ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หรือระดับ

น้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นจนแพทย์ต้องเปลี่ยนแผนการรักษา หรือมีความเจ็บป่วยรุนแรง เป็นต้น และ 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมของโปรแกรมที่ได้กำหนดไว้

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Edwards et al. (2012)¹⁵ มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 และ 6 การปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคในดูแลสุขภาพ และแลกเปลี่ยนการตัดสินใจทางสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

สัปดาห์ที่ 2 การสร้างความรู้ทางสุขภาพ การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติ การพัฒนาทักษะการสร้างทางเลือก โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรียนรู้ตามฐาน 6 ฐาน และฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพในด้านการฟังข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การคำนวณ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 การปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ โดยการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติตามพฤติกรรม ทบทวนการปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ในการควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 12 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน และประเมินผลหลังการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ญาติสายตรง ลักษณะการทำงาน การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และความเครียด

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากงานวิจัย¹⁹ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก 2) ทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก 3) ทักษะการฟัง จำนวน 6 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก 4) ทักษะการพูด จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ 5) ทักษะการคำนวณ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก และเติมค่าลงในช่องว่าง และ 6) ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และเติมคำถามลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 37 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ยาที่รับประทาน ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และอัตราการกรองของไต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ .94 และ 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้โรคป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำป่าด จ.อุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .82 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เครือข่ายมหาวิทยาลัยนเรศวร (NU-NREC) เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2566 เอกสารรับรองเลขที่ 0021/2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบแบบสอบถามหรือ

ยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่จะได้รับ ข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และให้กลุ่มตัวอย่าง เช่นไบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการอธิบาย คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ามีการกระจายแบบปกติใช้ Paired t-test ส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด และอัตราการกรองของไต มีการกระจายแบบไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม พบว่ามีการกระจายแบบปกติใช้ Independent t-test ส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และอัตราการกรองของไตมีการกระจายแบบไม่ปกติใช้ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.70 อายุเฉลี่ย 69.17 ปี กลุ่มเปรียบเทียบเป็น เพศชาย ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 65.00 ปี โดยทั้งสองกลุ่ม มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 70-79 ปี ระดับการศึกษา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.30 และ 46.70 ตามลำดับ ลักษณะการใช้แรงงานในการทำกิจกรรมประจำวัน ใช้แรงงานมากทั้งเกือบสองในสาม ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 40 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน เกือบสองในสามมีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-5 ปี ร้อยละ 33.30 และ 50.00 ตามลำดับ และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เกือบสองในสาม มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-5 ปี ร้อยละ 33.30 และ 43.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ภายในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 30)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ค่าสถิติ	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพ	34.77	8.48	44.83	7.43	5.271 ^a	.000*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.49	.35	3.81	.29	-8.961 ^a	.000*
ความดันโลหิตซิสโตลิก	140.70	11.11	127.83	7.47	-4.413 ^b	.000*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	79.77	7.72	72.27	5.74	-3.989 ^b	.000*
ระดับน้ำตาลในเลือด	129.83	41.68	110.23	18.84	-3.936 ^b	.000*
อัตราการกรองของไต	46.05	6.30	50.51	6.07	-4.785 ^b	.000*

* p-value < .05, a = Paired t-test, b = Wilcoxon signs ranked test

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อัตราการกรองของไตภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งสองตัว ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 60)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		ค่าสถิติ	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพ	44.83	7.43	37.03	8.13	3.879 ^a	.000*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.81	0.29	3.53	0.34	3.75 ^a	.000*
ความดันโลหิตซิสโตลิก	127.83	7.47	136.43	13.36	-4.026 ^b	.000*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	72.27	5.74	76.27	8.33	-2.166 ^a	.034*
ระดับน้ำตาลในเลือด	110.23	18.84	129.39	43.36	-2.220 ^a	.032*
อัตราการกรองของไต	50.51	6.07	47.18	19.29	-2.196 ^b	.028*

* p-value < .05 , a = Independent t- test Mann-Whitney U test , b = Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งสองตัว ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกทักษะการอ่านคู่มือ การใช้ข้อมูลข่าวสาร

การฟังข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การคำนวณดัชนีมวลกาย การแก้ปัญหาและการตัดสินใจโดยให้วิเคราะห์สถานการณ์สมมติตัวอย่างและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและเลือกวิธีในการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม และมีการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ติดตามถึงความตั้งใจในการกำหนดเป้าหมาย และสอดคล้องกับงานวิจัย^{9,10,11} ส่งผลให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจ และความมั่นใจในความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเอง เมื่อได้รับการกระตุ้นแรงบันดาลใจ หรือแนวทางใหม่ ๆ จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ ในการตัดสินใจและเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกิดจากกลุ่มทดลองได้เรียนรู้กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีการติดตามความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง รวมถึงการสร้างทางเลือกและฝึกใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา รวมทั้งการพูดแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับพยาบาลจากการติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามกระตุ้นเตือน นัดพบให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรม จึงทำให้กลุ่มทดลองพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน²⁰ และการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อพูดคุยให้กำลังใจถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน และกำลังใจในการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพื่อช่วยให้รู้สึกมีคุณค่าและพลังในการดำเนินชีวิต²¹

2. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า จากการฝึกทักษะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการควบคุมการรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนเป็นประจำสม่ำเสมอ รับประทานยาได้ถูกต้อง และมีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต จึงส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตลดลงได้ และสอดคล้องกับการศึกษา⁹ พบว่า การที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะ

ส่งผลผลการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้น²²

3. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น มีการบริโภคอาหารโดยการควบคุมพลังงาน โซเดียม โปรตีน ลดปัจจัยเสี่ยงโดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตในอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตลดลง จึงทำให้มีอัตราการกรองของไตที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับอัตราการกรองของไต²³ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่เหมาะสมนั้น สามารถทำนายการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยได้²⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และอัตราการกรองของไต ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในชุมชนหรือกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยติดตามผลการปฏิบัติและการควบคุมโรคในระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป และมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) เพิ่มเติม

References

1. Cockwell P, Fisher LA. The global burden of chronic kidney disease. The lancet. 2020;395(10225):662-3.
2. Lv JC, Zhang LX. Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease. Singapore: Springer; 2019.
3. Bureau of Non Communicable Disease. Operation Manual Reduce chronic kidney disease, CKD in people with diabetes and high blood pressure. Bangkok: Office of Printing Works Veterans Relief Organization under the Royal patronage; 2016. (in Thai)
4. Kanjanabuch T, Takkavatakarn K. Global Dialysis Perspective: Thailand kidney 360. 2020; 1(7):671-5.
5. National Kidney Association Thai. Thailand Renal Replacement Therapy Year 2020. Bangkok: [publisher unknown]; 2020. (in Thai)
6. Non communicable disease clinic of Faktha hospital. Patient with Chronic Kidney Disease report of Faktha hospital. Uttaradit: Faktha hospital; 2020. (in Thai)
7. Intarakamhang U. Health Literacy: Measurement and Development. Bangkok: Sukhumvit Printing; 2017. (in Thai)
8. Sharif I, Blank AE. Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. Patient Education and Counseling. 2010;79(1):43-8.
9. Kaewdamkeeng K. Health literacy, access, understanding and application. 2nd ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2017. (in Thai)
10. Punyawai S. Effectiveness of a health literacy developmental program among diabetic and hypertension patients with stage 3 chronic kidney disease in Chaehom District, Lampang Province. Journal of Public Health Naresuan University. 2021;3(2):75-86. (in Thai)
11. Sarin S, Moolsart S, Chailimpamontree W. The Effectiveness of a Health Literacy Development Program in Patients with Type 2 Diabetes Risking to Chronic Kidney Disease. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2019;29(2):86-101. (in Thai).
12. Kim KB, Han HR, Huh B, Nguyen T, Lee H, Kim M. The effect of a community-based self-help multimodal behavioral intervention in Korean American seniors with high blood pressure. American Journal of Hypertension. 2014; 27(9):1199-208.
13. Han HR, Delva S, Greeno RV, Negoita S, Cajita M, Will W. A health literacy-focused Intervention for latinos with hypertension. Health literacy Research and Practice. 2018;2(1): 21-5.
14. Halladay JR, Donahue KE, Cene CW, Quefeng L, Cummings DM, Hinderliter AL, et al. The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial. Patient Education and Counseling. 2017; 100(3):542-9.
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. Biomedcentral Public Health. 2012;12(130):1-15.
16. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.

17. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A. G* statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 2009; 41(4):1149-60.
18. Sridaket S, Chotichai T, Chatchaipolrat A, Chotichai N, Padpai I. Effectiveness of a Health Literacy Development Program for Kidney Degenerative Prevention among Type II Diabetic Mellitus Patients with Stage 3 Chronic Kidney Condition. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2021;32(1):195-205. (in Thai)
19. Techaboonya R. The Effectiveness of a Health Literacy Development Program for Patients with Type 2 Diabetes Risk of Chronic Kidney Disease [Master thesis]. Nonthaburi Sukhothai Thammathirat Open University. 2020. (in Thai).
20. Sarakshetrin A, Tongpeth J, Sriwongsa A. The Effectiveness of Health Literacy Enhancing and Developing Program on A1C Blood Pressure Level Health Literacy and Diabetes and Hypertension Control Behaviors. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(1): 333-43. (in Thai)
21. Puttapunyo S, Toontom N, Putthanachote N. Effectiveness of a health behavior development program on health literacy, weight loss behavior and weight of overweight personnel in Roi Et Hospital, Mueang District, Roi Et Province, Thailand. *Journal of Nursing and Education*. 2016;9(4):42-59. (in Thai)
22. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R, et al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Internal and Emergency Medicine*. 2017;12(6):765-76.
23. Ricardo AC, Yang W, Lora CM, Gordon EJ, Diamantidis CJ, Ford V, Lash JP. Limited health literacy is associated with low glomerular filtration in the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) study. *Clinical nephrology*. 2014;81(1):30-7.
24. Janthapuek J, Chopsiang L. Relationships between health literacy and self-care behaviors to delay the progression of chronic kidney disease among patients with chronic kidney disease stages 1 and 2. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2020;14(34):243-58. (in Thai)

ผลของสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของเด็ก และครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกาย ในเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

Effects of a Smartphone Application for Children and Family Self-Management on Eating and Physical Activity Behaviors Among Overweight Late School-Aged Children

บุษยมาศ กันเกตุ¹ จุฑารัตน์ มีสุขโช^{*2} ศรีมณา นิยมคำ²

Busayamad Kankad¹ Jutarat Mesukko^{*2} Srimana Niyomkar²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย 57000

¹Faculty of Nursing, Chiangrai Rajabhat University, Chiangrai, Thailand 57000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50200

²Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของเด็กและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกาย กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินอายุระหว่าง 10-12 ปี จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการใช้แอปพลิเคชันฯ เครื่องมือ 1) แอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเอง 2) ข้อมูลทั่วไป 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย โดยมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .95 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการใช้แอปพลิเคชันฯ สูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันฯ และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายหลังการใช้แอปพลิเคชันฯ ไม่แตกต่างกับก่อนการใช้แอปพลิเคชันฯ และไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ ($p > .05$) สามารถนำแอปพลิเคชันไปปรับใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและควรมีการศึกษาระยะยาว เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย

คำสำคัญ : ภาวะน้ำหนักเกิน, การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การทำกิจกรรมทางกาย, สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน

Abstract

This quasi-experimental design aimed to study the effects of a smartphone application for children and family self-management on eating and physical activity behaviors. The sample were 60 late school-aged children aged between 10-12 years old. The sample was divided into experimental and control groups, with 30 participants in each group. The experiment group participated in the smartphone application for children

Corresponding author: *E-mail address: jutarat.m@cmu.ac.th

วันที่รับ (Received) 16 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 13 เม.ย. 2567

and family self-management. The research instruments were 1) a smartphone application for self-management of children and families; 2) a general information questionnaire; 3) an eating behavior questionnaire; and 4) a physical activity questionnaire. The Reliability of the questionnaire were .95 and 1.00 respectively. The data were analyzed by descriptive and t-test statistics.

The results showed that the mean score for eating behavior among overweight late school-aged children after using the application was statistically significantly higher than before using the application and statistically significantly higher than those who did not use the application ($p < .01$). The mean score for physical activity behavior among overweight late school-aged children after using the smartphone application showed no significant difference compared to before using the application and there was also no significant difference compared to those who did not use the application ($p > .05$). The application can be used to modify eating behavior and long-term studies should be conducted to observe changes in physical activity behavior.

Keywords : Overweight, Self-management, Eating behavior, Physical activity, Smartphone application

บทนำ

เด็กวัยเรียนตอนปลายเป็นช่วงวัยที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นที่มีการเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็ว มีการกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนต่าง ๆ เช่น ฮอร์โมนแอนโดรเจน (androgen) ฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ฮอร์โมนลูทีไนซิง (luteinizing) ฮอร์โมนฟอลลิเคิลสติมูเลตติ้ง (follicle-stimulating) เป็นต้น ในระยะนี้ร่างกายจะกระตุ้นไขมันสะสมกลับขึ้นมาใหม่เร็วกว่าปกติ (early adiposity rebound) ส่งผลให้มีการเพิ่มทั้งขนาดและจำนวนของเนื้อเยื่อไขมันมากขึ้นเป็น 2 เท่า เพื่อให้ร่างกายมีไขมันที่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน¹ ประกอบกับเด็กวัยเรียนตอนปลายมีการเพิ่มปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง (adipose tissue) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่ทำหน้าที่สะสมไขมันอยู่ใต้ผิวหนังมากกว่าวัยอื่น² และมีความต้องการพลังงานสูงเฉลี่ยต่อวัน 1700-1850 กิโลแคลอรี หากเด็กวัยเรียนตอนปลายมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารและพฤติกรรมทางกายไม่เหมาะสม จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ง่าย ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กประเมินจากค่าดัชนีมวลกายต่ออายุ (BMI-for age) มีค่ามากกว่า +1SD ถึง น้อยกว่า +2SD ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก³ มีรายงานเด็กวัยเรียนทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 2.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ของจำนวนประชากรเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁴ ในประเทศไทยจากรายงานกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขใน ปี พ.ศ. 2562-2563 ยังพบเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปีมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 11 ซึ่งมีค่าสูงกว่า

เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 10⁵

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร มีการศึกษาพบว่าเด็กวัยเรียนตอนปลายพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ พฤติกรรมไม่รับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารจานด่วนมากกว่า สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นประจำ และรับประทานอาหารว่างที่ให้พลังงานสูง เครื่องดื่มที่มีรสหวาน⁶ พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เด็กวัยเรียนมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่น้อย ร้อยละ 63 ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁷ ร้อยละ 40 ในประเทศสเปน⁸ และประเทศในแถบเอเชีย เช่น ประเทศไทยพบเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมชอบนั่งหรือนอนอยู่กับที่เป็นเวลานานๆ ถึงวันละ 13.5 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตช่วงกลางวันอยู่ในโรงเรียน ทำการบ้านเฉลี่ยวันละ 1-2 ชั่วโมงและใช้เวลาในการเล่นอินเตอร์เน็ต ดูโทรทัศน์ หรือเล่นโทรศัพท์ เฉลี่ยวันละ 8-9 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้เด็กทำกิจกรรมทางกายน้อยนำไปสู่โอกาสที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินที่สูงขึ้น⁹

ภาวะน้ำหนักเกินส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมด้านร่างกายส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบบ่อยคือภาวะดื้อต่ออินซูลิน หลอดเลือดแข็งตัวและหลอดเลือดหัวใจตีบ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด¹⁰ ด้านจิตใจและอารมณ์ จากภาวะดื้อต่ออินซูลินและกระบวนการอักเสบทั่วร่างกายส่งผลให้เกิดการทำงานผิดปกติของแกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (HPA axis) ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์

และตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กังวล อารมณ์แปรปรวน และความคิดการตัดสินใจช้าลง¹¹ ผลกระทบด้านสังคม เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินมักแยกตัวจากสังคมและมีความรู้สึกอับอาย เนื่องจากได้รับการล้อเลียนจากเพื่อนมีความรู้สึกถึงภาพลักษณ์ของตนเองที่ไม่ดีและมีความนับถือตนเองต่ำ¹²

ที่ผ่านมาหลายการศึกษาเพื่อหาแนวทางควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน กิจกรรมดำเนินการภายในบริบทของโรงเรียนที่มีการควบคุมกำหนดตารางเวลา การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แต่กิจกรรมดังกล่าวไม่ครอบคลุมขณะเด็กอยู่บ้านและยังขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว^{13,14,15} ซึ่งครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลในเรื่องอาหาร การทำกิจกรรมทางกายและเป็นแบบอย่างให้แก่เด็กทั้งในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย¹⁶ ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว¹⁷ (Individual and Family Self-Management Theory) ให้ความสำคัญของการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสมาชิกครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ โดยเชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพล ซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว

สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันในการศึกษาครั้งนี้ ได้พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยซึ่งประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเองของเด็กและครอบครัวของโรอันและซาวัน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านมิติบริบท เป็นการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกินของเด็กวัยเรียนตอนปลาย 2) ด้านมิติกระบวนการ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การให้ความรู้และความเชื่อ ส่วนที่ 2 การกำกับตนเอง (self-regulation) การตั้งเป้าหมาย การเตือนตนเองและการสะท้อนคิด การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ การประเมินผลและการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ส่วนที่ 3 การอำนวยความสะดวกของสังคม (social facilitation) ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการใช้แหล่งสนับสนุนด้านเครื่องมือ โดยผ่านการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนที่ชื่อว่า health me โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ซึ่งจะส่งผลต่อ 3) ด้านมิติผลลัพธ์ เด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกายซึ่งทำให้เด็กสามารถจัดการภาวะน้ำหนักเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายระหว่างเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เข้าร่วม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว¹⁷ ในการพัฒนาสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของเด็กและครอบครัว โดยออกแบบฟังก์ชันการทำงานสอดคล้องตามแนวคิด ผ่านองค์ประกอบ 3 มิติหลัก ได้แก่ มิติด้านบริบท ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ 1) มิติบริบท (context dimension) สะท้อนให้เด็กและครอบครัวทราบและตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน 2) มิติกระบวนการ (context dimension) มีความเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ประการได้แก่ การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และความเชื่อ (knowledge & beliefs) ที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะและพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงรับรู้ความสามารถของตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค และกิจกรรมทางกายได้สำเร็จ การเสริมสร้างทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เด็กและครอบครัวควบคุมพฤติกรรมเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการอำนวยความสะดวกในสังคม (social facilitation) เป็นการเข้าถึงแหล่งอำนวยความสะดวกที่ช่วยสนับสนุนเด็ก และครอบครัวเมื่อมีปัญหา 3) มิติด้านผลลัพธ์ (outcome) คือ การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพทำให้เด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและกิจกรรมทางกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการศึกษา ทำการศึกษาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2566

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประเมินจากค่าดัชนีมวลกายต่ออายุ (body mass index for age: BMI-for age) โดยคำนวณได้จากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง นำไปเทียบกราฟดัชนีมวลกายต่ออายุ (BMI for age) สำหรับอายุ 5-19 ปี มีค่ามากกว่า +1SD ถึง น้อยกว่า +2SD ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก³ อายุ 10-12 ปี กำลังศึกษาโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีสมาร์ทโฟน ระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ มีผู้ปกครองที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง และผู้ปกครองและเด็กยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและไม่อยู่ในช่วงของการลดน้ำหนักด้วยยาหรืออาหารเสริม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ทดสอบด้วยสถิติที (t-test) โดยทั้งสองกลุ่มมีอิสระต่อกัน ชนิดสองทาง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.5 คำนวณมาจากการศึกษาที่ผ่านมาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน นำไปเปิดตารางของ Burns & Grove¹⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับกลุ่มละ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (attrition rate) จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10¹⁹ จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของเด็กและครอบครัว ประกอบด้วย 1) กิจกรรมมิติด้านบริบท ได้แก่ กิจกรรมการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและปัจจัยส่งเสริมในการจัดการตนเองซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การลดหรือการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผ่านฟังก์ชัน “สำรวจตัวเอง” 2) กิจกรรมในมิติด้านกระบวนการ ได้แก่ กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และความเชื่อ ผ่านฟังก์ชัน “คลังความรู้” กิจกรรมส่งเสริมการกำกับตนเอง ผ่าน 3 ฟังก์ชัน ได้แก่ ฟังก์ชัน “บันไดสู่ความสำเร็จ” ฟังก์ชัน “วันแห่งความสำเร็จของฉัน” และฟังก์ชัน “สิ่งที่ต้องทำ” กิจกรรมการอำนวยความสะดวกของสังคม ผ่านฟังก์ชัน “ศูนย์ให้คำปรึกษา”

2. แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร²⁰ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของการรับประทานอาหารตามสิ่ สัญญาณไฟจราจรของกองโภชนาการ กรมอนามัย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert rating scale) 4 ระดับ ลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทาน อาหารในช่วง 7 วันที่ผ่านมา จำนวน 58 ข้อ จะรวมผลคะแนนทั้งหมด และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี มีคะแนนอยู่ระหว่าง 174.00 - 135.36 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 135.35 - 96.68 คะแนน ระดับไม่ดี มีคะแนนอยู่ระหว่าง 96.67 - 58.00 คะแนน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ภายใน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

3. แบบสอบถามพฤติกรรมทำกิจกรรมทางกายของศุภลักษณ์ ศรีธัญญา²⁰ ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการสำรวจการทำกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง เป็นการทำกิจกรรมทางกายระดับหนักและปานกลาง ส่วนที่สอง เป็นกิจกรรมที่อยู่บนหน้าจอและกิจกรรมที่เคลื่อนไหวน้อยหรือพฤติกรรมเนือยนิ่ง จำนวน 33 ข้อ การแปลผลคะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึงการมีพฤติกรรมทำกิจกรรมทางกายดี ส่วนคะแนนที่น้อย หมายถึงการมีพฤติกรรมทำกิจกรรมทางกายไม่ดี และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งออกเป็น ระดับ A มีคะแนนอยู่ระหว่าง 28.35 - 35.00 คะแนน ระดับ B มีคะแนนอยู่ระหว่าง 21.35 - 28.34 คะแนน ระดับ C มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.35 - 21.34 คะแนน ระดับ D มีคะแนนอยู่ระหว่าง 07.35 - 14.34 คะแนน ระดับ F มีคะแนนอยู่ระหว่าง 00.00 - 07.34 คะแนน

มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.0 ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ภายใน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อ 19 มกราคม 2566 (Approve no.2565-FULL020) ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และวิธีการหรือขั้นตอนการทำวิจัย และจัดทำเอกสารสำหรับเด็ก (assent form) ในการตอบรับเข้าร่วมโครงการด้วยความเห็นชอบของผู้ปกครอง การจัดกิจกรรมอยู่ในชั่วโมงที่ไม่มีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรของโรงเรียน โดยไม่ก่อให้เกิดการขาดประโยชน์จากการเรียนการสอนตามปกติ เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ การรวบรวมข้อมูลไม่ระบุชื่อ-สกุลที่จะเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยเข้มงวดในการรักษาความปลอดภัย โดยเก็บข้อมูลไว้ในตู้เหล็กที่มีกุญแจล็อก ข้อมูลทางระบบออนไลน์ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยมีการกำหนดรหัสเพื่อเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลภายในแอปพลิเคชันไม่มีการส่งข้อมูลมายังผู้วิจัย เมื่อสิ้นสุดการวิจัย สามารถลบแอปพลิเคชันได้

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติความเห็นชอบการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ชี้แจงขอความร่วมมือลงนามหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ให้เด็กทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกาย สัปดาห์ที่ 2-5 เด็กได้รับการดูแลปกติจากผู้ปกครอง สัปดาห์ที่ 6 ให้เด็กทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการทำกิจกรรมทางกายหลังการทดลอง ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุด

โครงการวิจัย กล่าวขอบคุณและมอบแอปพลิเคชัน ฯ ให้แก่เด็กและผู้ปกครอง

2. ดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ให้เด็กทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการทำกิจกรรมทางกาย หลังจากนั้นให้เด็กและผู้ปกครองดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน ฯ ทำกิจกรรมผ่านฟังก์ชัน “สำรวจตัวเอง” เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ผ่านฟังก์ชัน “คลังความรู้”

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการกำกับตนเองและอำนวยความสะดวกของสังคมเพื่อไปให้ถึงเป้า ผ่านฟังก์ชัน “บันไดสู่ความสำเร็จ” บันทึกข้อมูลการกำกับตนเอง ฟังก์ชัน “สิ่งที่ต้องทำ” ในแต่ละวัน ฟังก์ชัน “วันแห่งความสำเร็จของฉัน” บันทึกประเภทอาหารที่บริโภคและกิจกรรมทางกายในแต่ละวัน โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการวางแผนให้คำแนะนำ และเป็นพี่ปรึกษาแก่เด็ก ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เสริมกิจกรรมให้คำปรึกษาผ่านฟังก์ชัน “ศูนย์ให้คำปรึกษา” โดยรวบรวมแหล่งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยสรุปการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกายที่ผ่านมา สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการใช้แอปพลิเคชัน

สัปดาห์ที่ 5 ให้เด็กและผู้ปกครองปฏิบัติตามคำแนะนำผ่านแอปพลิเคชัน โดยบันทึกประเภทของอาหารที่บริโภคและกิจกรรมทางกายในแต่ละวัน ในฟังก์ชัน “วันแห่งความสำเร็จ” และ “สิ่งที่ต้องทำ”

สัปดาห์ที่ 6 ให้เด็กทำแบบสอบถามหลังการทดลอง แจ้งสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติไคสแควร์ ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติโครโมโกรอฟสไมร์นอฟ พบว่าการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการทำกิจกรรมทางกายก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน และใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบ

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของเพศ อายุ และภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 60)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
เพศ			
ชาย (%)	17 (56.7)	13 (43.3)	.302 ^a
หญิง (%)	13 (43.3)	17 (56.7)	
อายุเฉลี่ย (S.D.)	11.03 (0.81)	11.07 (0.76)	.872 ^b
น้ำหนักเฉลี่ย (S.D.)	50.57(7.99)	49.37(8.79)	.584 ^b
ส่วนสูงเฉลี่ย (S.D.)	151.2(10.27)	149.7(9.51)	.568 ^b
ผู้ปกครอง			
บิดา (%)	16 (53.3)	11 (36.7)	.194 ^a
มารดา (%)	14 (46.7)	19 (63.3)	
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย	21.97 (1.1)	21.80 (1.4)	.622 ^b

a = Chi-Square test, b = t-test

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 11.03 ปี (S.D. = 0.81) น้ำหนักเฉลี่ย 50.57 กิโลกรัม (S.D. = 7.99) และส่วนสูงเฉลี่ย 151.2 (S.D. = 10.27) กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 11.07 ปี (S.D. = 0.79) น้ำหนักเฉลี่ย 49.37 กิโลกรัม (S.D. = 8.79) และส่วนสูงเฉลี่ย 149.7 (S.D. = 9.51) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลคุณลักษณะประชากรทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง และสถานะของผู้ปกครอง ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียน ตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t	p-value
	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร								
ก่อนการทดลอง	103-136	122.07	8.31	103-136	124.07	7.72	-.97	.338
หลังการทดลอง	111-141	129.03	7.70	106-131	122.70	6.33	3.48	.001
พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย								
ก่อนการทดลอง	0-35	21.30	9.85	10-35	21.77	6.89	-.26	.797
หลังการทดลอง	0-35	22.70	9.26	7-35	21.83	8.48	.38	.707

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ($n = 60$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง ($n = 30$)			หลังการทดลอง ($n = 30$)			t	p-value
	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง								
พฤติกรรมการบริโภค	103-136	122.07	8.31	111-141	129.03	7.70	-5.49	.001
พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย	0-35	21.20	9.85	0-35	22.10	9.26	-.78	.441

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังเข้าร่วมโปรแกรมกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้
สมมติฐานที่ 1 และ 2 เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อธิบายได้ว่า เด็กและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ช่วยส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองมากยิ่งขึ้น²¹ ส่งผลให้เด็กและครอบครัวสามารถควบคุมและจัดการให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อตนเองและสามารถกำกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดจากการดูแลและสนับสนุนจากครอบครัวที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ รวมถึงบทบาทของการพัฒนาทักษะ พฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมในการบริโภคอาหาร และแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว^{22,23} นำไปสู่การดูแลจัดการและส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติ เป็นไปตาม

แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัน และซาวัน การสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อและการควบคุมตนเอง จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองและเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เมื่อบุคคลสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ นอกจากนี้การเข้าถึงสื่อผ่านการใช้สมาร์ทโฟนมีส่วนช่วยในการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สะดวกและรวดเร็ว¹⁷

สมมติฐานที่ 3 และ 4 เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมทางกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อธิบายได้ว่า การทำกิจกรรมทางกายต้องอาศัยหลายปัจจัยร่วมด้วย โดยปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมมีส่วนส่งเสริมในการทำกิจกรรมทางกาย พบว่าระยะเวลาในการทำกิจกรรมอยู่ในช่วงปัญหามลพิษทางอากาศ โดยพบปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) สูงจากค่ามาตรฐาน ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย เนื่องจากเมื่อมีการหายใจนำฝุ่นละออง PM 2.5 เข้าสู่ร่างกายส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ สามารถก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจและปอดทำงานได้ลดลง ทำให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้²⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่การลดหรือการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยการรับรู้ความ

สามารถของตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง²⁵

สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของเด็กและครอบครัว เป็นสื่อในการให้ความรู้และส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านฟังก์ชันการทำงานที่ทำให้เด็กและครอบครัวได้รับความรู้และความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลสามารถบันทึกกิจกรรมและเตือนตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁶ ที่ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับครอบครัวของเด็กที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ร่วมกับการใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน พบว่า การใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันมีส่วนช่วยในการกระตุ้นเตือนและติดตามอาการในการใช้ชีวิตประจำวัน ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัวและลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ ซึ่งการนำแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนเข้ามาใช้บทบาทในการเสริมสร้างความรู้และติดตามพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก เป็นการอำนวยความสะดวกทางสังคมที่มีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้เด็กสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม ครูในโรงเรียน และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถแนะนำและสนับสนุนให้ครอบครัวของเด็กวัยเรียนใช้แอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของเด็กและครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว โดยเฉพาะการทำกิจกรรมทางกาย เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย และการจัดกิจกรรมทางกายภายใต้ข้อจำกัดของปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5)

References

1. Kang M. The adiposity rebound in the 21st century children: meaning for what. Korean Journal of Pediatrics. 2018;61(12):375-80.
2. Orsso C, Ramirez E, Field C, Madsen K, Prado C, Haqq A. Adipose tissue development and expansion from the womb to adolescence an overview. Nutrients. 2020;12(9):2735.
3. Somsab S. Health literacy for weight management in overweight and obese school aged children. Regional Health Promotion center 9 Journal. 2018;12(29):20-33. (in Thai).
4. Yanez-Ortega J, Arrieta-Cerdan E, Lozano-Alonso J, Costa M, Gutierrez-Araus A, Cordero-Guevara J. Prevalence of overweight and obesity in child population a study of a cohort in Castile and Leon Spain. Endocrinologia Diabetes Nutricion. 2019;66(3):173-80.
5. Aekplakorn W. The National Health Examination Survey 2019-2020. 1st ed. Thailand: Aksorn graphic and design; 2021. (in Thai).
6. Buasri S, Thipsungwan K, Suntranon A. Food consumption behavior fruits vegetables among school-aged children in Chiang rai province. Nursing Journal. 2020;47(2):24-36. (in Thai).
7. Egan CA, Webster CA, Beets MW, Weaver RG, Russ L, Michael D, et al. Sedentary time and behavior during school: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Health Education. 2019;50(5):283-90.
8. Grao-Cruces A, Sánchez-Oliva D, Padilla-Moledo C, Izquierdo-Gómez R, Cabanas-Sánchez V, Castro-Piñero J. Changes in the school and non-school sedentary time in youth: the UP&DOWN longitudinal study. Journal of Sports Sciences. 2020;38(7):780-6.
9. Katewongsa P, Pongpradit K. Regenerating physical activity in Thailand after COVID-19 pandemic. 2nd ed. Thailand: Pabpim; 2020. (in Thai).

10. Csige I, Ujvárosy D, Szabó Z, Lorincz I, Paragh G, Harangi M, et al. The Impact of Obesity on the cardiovascular system. *Journal of Diabetes Research*. 2018;3(1):1-12.
11. Ouakinin S, Barreira D, Gois C. Depression and obesity integrating the role of stress neuroendocrine dysfunction and inflammatory pathways. *Front Endocrinol*. 2018;9(1):431.
12. Sagar R, Gupta T. Psychological aspects of obesity in children and adolescents. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2018;85(7):554-9.
13. Alfaleh G, Huffman FG, Li T, Vaccaro JA. Child obesity prevention intervention in Kuwaiti summer camps targeting health behaviors in nutrition, physical activity, and screen time. *Journal of Health Science and Medical Research*. 2021;39(2):85-99.
14. Chukaew O, Jittanoon P, Buapeth A. Effect of nutritional self-management program on food consumption behavior and body weight of obese upper-primary school children. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2016;36(1), 69-86. (in Thai).
15. Chaisri J, Klungtumneim K, Buajarean H. Clinical nursing practice guideline for management of obesity in children: the Synthesis of Thesis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(2):360-67. (in Thai)
16. Olfert M, Hagedorn R, Leary M, Eck K, Shelnut K, Byrd-Bredbenner C. Parent and school-age children's food preparation cognitions and behaviors guide recommendations for future interventions, *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2019;51(6):684-92.
17. Ryan P, Sawin K. The individual and family self-management theory: Background and perspective on context, process and outcomes. *Nursing Outlook*. 2009;57(4):217-25.
18. Burns N, Grove S. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th ed. Saint Louis:Saunders Elsevier; 2009.
19. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Thailand:U&I Intermedia; 2010.
20. Srithanya S, Thongbai W, Kummabutr J. The effects of a planned behavior program on the eating and physical activity behaviors of overweight late primary school-aged children. *Journal of Nursing Science*. 2019;31(1):85-97. (in Thai).
21. Saeloo J, Wiriyasirikul N. The relationship between health literacy and obesity prevention behaviors of school age children with overweight and obesity in schools under primary educational service area office Mueang district Nakhon Si Thammarat province. *Journal of MCU Nakhondhat*. 2020;7(11);1-15. (in Thai).
22. Baker S, Morawska A, Mitchell A. Promoting children's healthy habits through self-regulation via parenting. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2019;22(1):52-62.
23. No-in K. Overweight and obesity among Thai school-aged children and adolescents. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18 (Suppl) 1:1-8. (in Thai).
24. Zhang Y, Guo Z, Zhang W, Li Q, Zhao Y, Wang Z, et al. Effect of acute PM 2.5 exposure on lung function in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Asthma and Allergy*. 2023;16(1):529-40.
25. Yun HJ, Kim HS. Self-management behaviors of children with spina bifida. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2017;49(1):15-21.
26. Lerret S, White-Traut R, Medoff-Cooper B, Simpson P, Adib R, Ahamed S. Pilot study protocol of a mHealth self-management intervention for family members of pediatric transplant recipients. *Research in Nursing & Health*. 2020;43(2):145-54.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต ตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

The Effect of A Self-Management Support Program on Dietary Knowledge and Behavior of Type 2 Diabetic Patients with Chronic Kidney Disease Nontan Subdistrict, Nongrua District, Khonkaen Province

พัชรภรณ์ สิงห์บุราณ* กิตติภูมิ ภิญโญ

Phatcharaphorn Singburan* Kittiphoom Phinyo

คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

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

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไตอยู่ระยะที่ 1 - 3a แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร ค่าความเชื่อมั่นใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน = .8 และ .77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการศึกษพบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรนำโปรแกรมฯ ไปปรับใช้ที่คลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน ควรอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลรับผิดชอบโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต

Abstract

This research was a quasi-experimental research, The two-group pre- and post-experimental study to study the outcomes of a program to support the management of additional knowledge and food management skills for type 2 diabetes indicative of renal impairment. sick Type 2 diabetes mellitus, indicating stage 1-3a of renal impairment, 18 subjects were selected from the experimental group and control group. The experimental group received a 12-week program. The experimental instrument was a self-management support program on dietary knowledge and behavior of type 2 diabetic patients with renal degeneration. Passed

Corresponding Author: E-mail: Patcharapornsingburan@kkumail.com

วันที่รับ (received) 7 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ส.ค. 2566

the content straightness check from 5 experts. The tools used for data collection were the knowledge questionnaire and the food self-management behavior questionnaire. Confidence was used Kuder Richardson formulas = .8 and .77. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test and Independent t-test. The study found that The experimental group after joining the program The mean scores of knowledge and behavior were significantly higher than the control group at the .05 level ($p < .05$). The suggestion from the research is The program should be adapted to diabetes clinics in sub-district health promotion hospitals and community health centers. Community practice nurses or diabetes care staff in sub-district health promotion hospitals should be trained to have knowledge of food consumption to delay renal impairment by using Canfer's self-management concept in caring for patients

Keywords: Self-management Support Program, Type 2 Diabetic patients with Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก ปัจจุบันสถานการณ์โรคเบาหวานมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูล The International Diabetes Federation (IDF) ปีค.ศ. 2021 พบว่าปัจจุบันโรคเบาหวานทั่วโลกมี 573 ล้าน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนใน ปี 2583 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคน¹ ประเทศไทยพบว่าปัจจุบันพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยพบว่าในปี 2573 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีอยู่ประมาณ 1,536,000 คน จะเพิ่มเป็น 2,730,000 คนหรือมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี² โรคเบาหวานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตเสื่อมจากเบาหวาน³ หากขาดการป้องกันจะนำไปสู่การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนการทำงานของไตด้วยวิธีฟอกเลือด และล้างไตทางหน้าท้อง ซึ่งจำเป็นต้องมีการรักษาต่อเนื่อง สูญเสียค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาลจำนวนมาก⁴ สาเหตุเป็นเพราะว่าผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอ⁵ ขาดการตระหนักว่าจะส่งผลกระทบต่อไต และไม่ทราบว่าขณะนี้ตนมีการเสื่อมของไตเรื้อรังระดับใดและอีกนานแค่ไหนจะเป็นไตเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว้า อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จากการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วย พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองยังไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยเบาหวานมักรับประทานทุกอย่างและรับประทาน

จนอิ่ม ไม่มีการควบคุมและไม่มีการจำกัดปริมาณโดยเฉพาะการรับประทานข้าวเหนียว มักรับประทานข้าวเหนียวของทุกมื้ออาหาร รับประทานอาหารเย็นช้าแล้วเข้านอน ส่วนครอบครัวจากการสัมภาษณ์ พบว่า ไม่มีเวลา ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คิดว่า การปรุงอาหารให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่ใส่น้ำตาลก็พอ และคิดว่าการจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็นความลำบาก ซึ่งมาตรการที่สำคัญในการจัดการโรคไตเสื่อมเรื้อรังจากเบาหวาน คือ การป้องกันชะลอความเสื่อมของไตในระยะแรก ๆ จะสามารถป้องกันการเกิดโรคไตเสื่อมได้ดี และเป็นระยะฟื้นฟูสภาพไตให้กลับมาในสภาพปกติได้⁶ โดยควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้แก่ การควบคุมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและถูกต้องจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้⁷ ลดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้เช่นกัน ซึ่งจะเห็นผลได้ภายในระยะเวลา 3-6 เดือน⁸ ดังนั้นวิธีการควบคุมอาหาร การลดปริมาณอาหาร การปรับสัดส่วนของอาหาร ประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน การปรับเปลี่ยนชนิดอาหาร และการเรียนรู้อาหารแลกเปลี่ยน จึงเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการจัดการตนเองของเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร⁹ และการประเมินผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยมีการส่งเสริมการจัดการตนเอง¹⁰ (Self-management) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ติดตามผลในระยะ 6-12 สัปดาห์¹¹ พบว่าคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภค อาหารที่ดีขึ้นเพื่อ
ชะลอการเสื่อมของไต จึงใช้แนวคิดของแคนเฟอร์ไปออกแบบ
โปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเอง ต่อความรู้และ
พฤติกรรม การบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีการเสื่อมของไต เพื่อให้มีการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เหมาะสม
ต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจัดทำโปรแกรมเพื่อสนับสนุน
การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อม
ของไต เพื่อให้มีความรู้และพฤติกรรมในการจัดการตนเอง
ในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ชะลอไตเสื่อม
หรือฟื้นฟูอัตราการกรองของไตให้ดีขึ้นหรือมีการเกิดของ
ไตเสื่อมช้าลง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการจัดการ
ตนเองในด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้
รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการจัดการ
ตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีการเสื่อมของไตระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนและกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คำถามการวิจัย

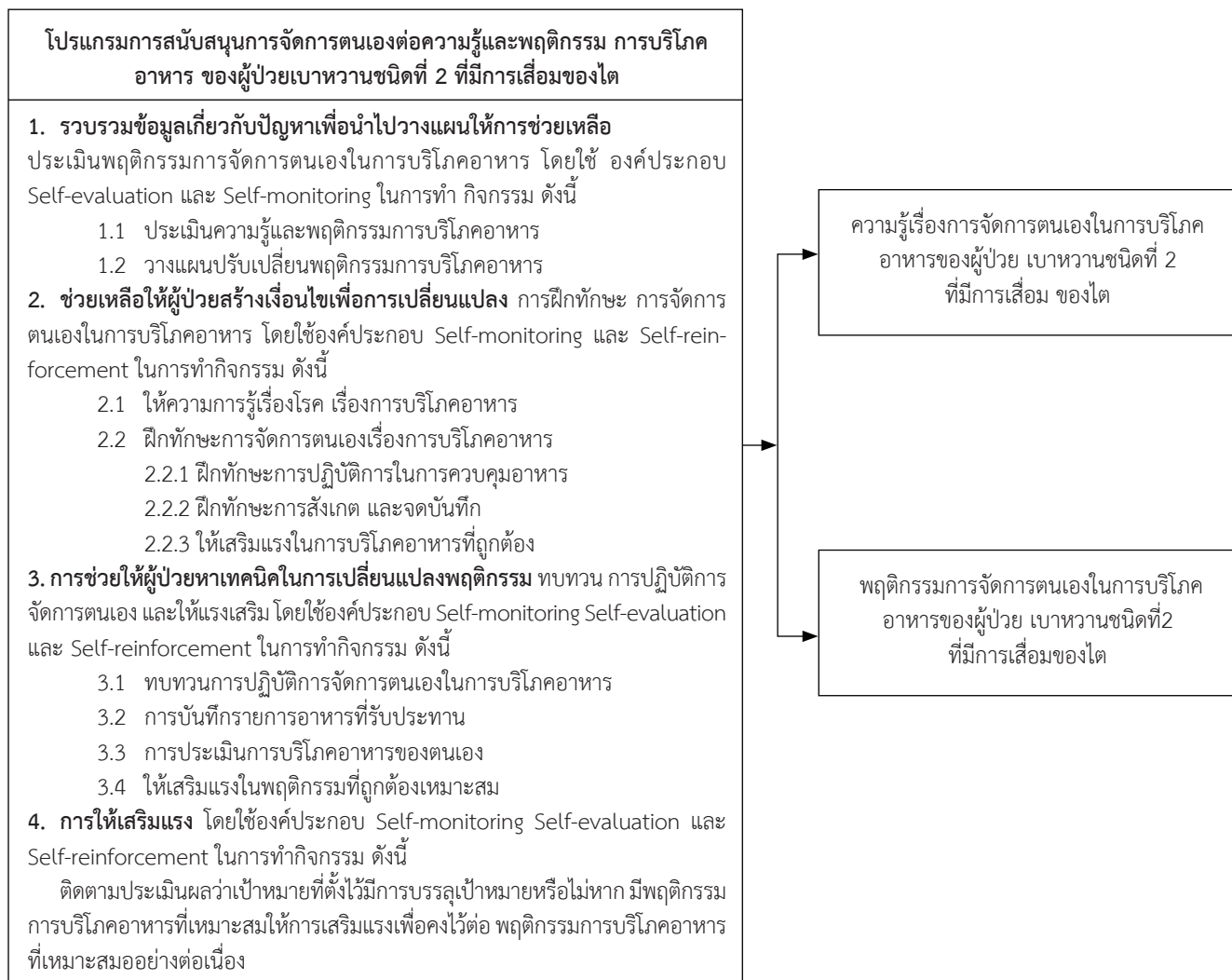
1. ความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการ
บริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต
ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนรับโปรแกรม
2. ความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองใน
การบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อม
ของไต หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเอง
ของ Kanfer มาเป็นกรอบแนวคิด โดยแคนเฟอร์เชื่อว่า
บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตัวบุคคลนั่นเอง
ซึ่งเกิดจากการควบคุมตนเองเพื่อตามข้อกำหนดที่ตนเองตั้งไว้
ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำกับติดตามตนเอง
(Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation)
และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยมีวิธีการ
สนับสนุน 4 ขั้นตอน คือ 1) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเพื่อ
นำไปวางแผนให้การช่วยเหลือ 2) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสร้าง
เงื่อนไขเพื่อการเปลี่ยนแปลง 3) การช่วยให้ผู้ป่วยหาเทคนิค
ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) การให้แรงเสริมที่บุคคล
พึงพอใจโดยมีกิจกรรมการวางแผนและตั้งเป้าหมายควบคุม
การบริโภคอาหาร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง วัดก่อนและหลังการทดลอง วัดความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two Group Pretest - Posttest Design) คือกลุ่มทดลอง จำนวน 18 คนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการ จัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลปกติ ประเมินผลโดยการ วัดความรู้และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการเสื่อมของไตระยะที่ 1- 3a หรือมีระดับการกรองของไตมากกว่า 45 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ที่เข้ารับการรักษา ที่คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว้า อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 จำนวนทั้งหมด 36 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นโรคเบาหวานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) มีการเสื่อมของไตระยะที่ 1- 3a (มีอัตราการกรองมากกว่า 45 มิลลิลิตรต่อนาที) 3) ได้รับการรักษาโดยยาเกิน 4) ไม่มีโรคร่วมอย่างอื่น 5) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่รุนแรง 6) ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง มองเห็น และอ่านออกเขียนได้ 7) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุด

การศึกษา เหนือกว่าการคัดออก 1) แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษา
จากยาชนิดเม็ดเป็นชนิดฉีด 2) พบภาวะแทรกซ้อนอย่าง
เฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 3) เข้าร่วมกิจกรรมน้อย
กว่าร้อยละ 80 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ในพื้นที่ทั้งหมด 36 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล
จึงทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการ
เขียนชื่อใส่กล่องแล้วสุ่มจับทีละคนจนครบจำนวนแบบไม่ใส่คืน
เพื่อการได้มาซึ่งตัวอย่างที่เท่าเทียม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง
18 ราย และกลุ่มควบคุม 18 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
แบบสอบถามความรู้ด้านการจัดการ ตนเองในเรื่องการบริโภค
อาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในการ
บริโภคอาหาร แบ่งเป็น 3 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นชุดข้อ
คำถามแบบเลือกตอบและเติมคำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดย
ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ได้รับความรู้ด้านโภชนาการ
ประสบการณ์การได้รับความรู้ เรื่องปัจจัยที่ส่งเสริม
การเสื่อมของไต ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน
น้ำหนัก ส่วนสูง พฤติกรรมการส่งเสริมการเสื่อมของไต

**ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการจัดการ
ตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต**
ดัดแปลงมาจากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการ
จัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง⁶ ร่วมกับการทบทวน
วรรณกรรมที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องในประเมินระดับความรู้
ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีลักษณะคำถาม
เป็นแบบเลือกตอบถูก/ผิด จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็นข้อที่เป็น
เชิงบวก 17 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 14, 15,
16, 17, 21, 22, 23, 25 และข้อที่เป็นเชิงลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8,
9, 12, 13, 18, 19, 20 และ 24 มีคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก
คือ ใช่ กับ ไม่ใช่และมีเกณฑ์การให้ คะแนน คือ ตอบถูก
ให้ 1 คะแนน ตอบ ผิด ให้ 0 คะแนน

**ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง
ในการบริโภคอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต** ดัดแปลงมา
จากแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม
จากงานวิจัย¹⁰ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประกอบการประเมินพฤติกรรม

การบริโภคอาหาร มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยแบ่ง
การปฏิบัติออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง
(1-2 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3-5 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติ
ประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน
ดังนี้ ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน ปฏิบัติ
บ่อยครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน

**ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรม
การสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรม
การบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อม
ของไต** ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) รวบรวมข้อมูล
เกี่ยวกับ ปัญหาเพื่อนำไปวางแผนให้การช่วยเหลือโดยประเมิน
ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและวางแผนในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสร้างเงื่อนไข
เพื่อการเปลี่ยนแปลง ฝึกทักษะ การจัดการตนเองในการบริโภค
อาหารและให้เสริมแรงเมื่อมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ที่ถูกต้องและเหมาะสม 3) การช่วยให้ผู้ป่วยหาเทคนิคในการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทบทวนการปฏิบัติการจัดการตนเอง
และให้เสริมแรง และ 4) การเสริมแรง โดยติดตามประเมินผล
ว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้มีการบรรลุเป้าหมายหรือไม่หากมีพฤติกรรม
การบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้การเสริมแรงเพื่อคงไว้ต่อ
พฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยทั้ง
4 ขั้นตอนนำข้อบังคับประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ มาใช้ในการ
ดำเนินกิจกรรม โดยโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง
ในการบริโภคอาหารมีระยะเวลาการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์
โดยแบ่งเป็น 6 ครั้ง เป็นกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง และติดตาม
เยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรง
ของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นแพทย์ 1 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพด้านโรคเบาหวานและโรคไต 2 ท่าน
นักโภชนาการ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขที่ดูแล
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา
เป็นที่ยอมรับได้ คือ ตั้งแต่ .80 ขึ้นไปทุกส่วน

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652117 รับรอง ณ วันที่ 4 สิงหาคม 2565 ผู้ศึกษาพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลสูงอายุที่เข้าร่วมในการวิจัย โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respects for Persons) หลักการก่อประโยชน์ (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) แล้วจึงประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย การเก็บความลับ การลงนามในหนังสือให้ความยินยอมรวมถึงการนำเสนอผลงานในภาพรวมและมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้การถอนตัวจากโครงการไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิต่าง ๆ ที่พึงได้รับและการนำเสนอข้อมูลวิจัยไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่จะนำเสนอในภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีระยะเวลาดำเนินการศึกษาอยู่ในช่วงเดือน สิงหาคม 2565 -31 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยส่งโครงการเข้าร่วมการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย และได้รับอนุมัติหลังจากนั้นได้ทำการติดต่อประสานเพื่อขอความร่วมมือจากผู้บังคับบัญชาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-2 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที ได้แก่ ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร และการเตรียมความพร้อมใช้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การให้ ความรู้เรื่องการคำนวณพลังงาน คำนวณพลังงานอาหาร ที่ควรได้รับปริมาณสารอาหารทดแทน ได้รับการทำใบงานตามกำหนด ร่วมพูดคุยสรุปประเด็นตามใบงานเพื่อ ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบันทึกพฤติกรรมการ บริโภคอาหารในสมุดคู่มือและแบบบันทึกสื่อสารกันผ่าน ทางไลน์กลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ 3-4 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที ฝึกทักษะการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร และการให้เสริมแรงเมื่อมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม ให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน การอ่านฉลากโภชนาการ ร่วมกันวิเคราะห์จัดการอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อ

นำไปปฏิบัติ และร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหา บันทึกพฤติกรรม การบริโภคอาหารในสมุดคู่มือและ แบบบันทึก สื่อสารกันผ่าน ทางไลน์กลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ 5-8 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 30 นาที เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านตัวอย่างและครอบครัว ติดตามการบันทึกการบริโภคอาหาร และเสริมแรงให้คำ ชื่นชม ให้ข้อมูล ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสม กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 9-10 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที ทบทวนการปฏิบัติการจัดการตนเอง และให้เสริมแรงสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นการทบทวนการปฏิบัติที่ผ่านมามีว่า ประกอบอาหารได้ถูกต้องตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ตรวจสอบวิเคราะห์ ให้คำชมเชยกับผู้ที่ สามารถปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมบันทึก พฤติกรรมการ บริโภคอาหารในสมุดคู่มือและแบบบันทึก

กิจกรรมครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 11 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 30 นาที ติดตามเยี่ยมที่บ้านกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ประเมินการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารที่ผ่านมามีว่า ประกอบอาหารได้ถูกต้องตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือไม่ กล่าวชมเชย ให้กำลังใจการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที สรุปการเรียนรู้ และเก็บข้อมูลสรุปการเรียนรู้ เสริมแรงโดยให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ เหมาะสมเป็นต้นแบบ และเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการเสื่อมของไต มีลักษณะข้อมูลทั่วไป ดังนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 69.78 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ

72.2 ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบร้อยละ 58.3 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 1,916 บาท มีผู้ดูแลหลัก เป็น บุตร ร้อยละ 77.8 เคยมีประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องปัจจัยส่งเสริม การเสื่อมของไตจากโรคเบาหวาน แต่ยังไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับความรู้ด้านโภชนาการอาหารเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการเสื่อมของไต มีลักษณะข้อมูลสุขภาพดังนี้ ระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีระยะการเจ็บป่วย มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.7 น้ำหนักเฉลี่ย 62.56 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 160.19 เซนติเมตร BMI (ค่าดัชนีมวลกาย) เฉลี่ยอยู่ที่ 24.38 kg/m² ข้อมูลในส่วนพฤติกรรมส่งเสริมการเสื่อมของไต มีการกลับปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 47.2 การใช้ยาแก้อักเสบ (NSAID) คิดเป็นร้อยละ 100 การใช้ยาสมุนไพร/ยาคุม คิดเป็นร้อยละ 41.7 การรับประทานอาหารเสริม คิดเป็นร้อยละ 100 การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 11.1

ส่วนที่ 3 ข้อมูลระดับความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อ ชะลอไตเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุน การจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

1. ระดับความรู้การจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วม

โปรแกรม พบว่า ทั้งสองกลุ่ม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66.7 และ 61.1 ตามลำดับ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และ 38.9 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่ม ไม่มีคะแนนอยู่ในระดับมากเลย ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดมีระดับความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 100 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 55.6 และในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.4

2. ระดับพฤติกรรมจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งหมดมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งหมดมีพฤติกรรม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.9 และ 83.3 ตามลำดับ รองลงมา มีพฤติกรรมในระดับสูง ร้อยละ 5.6 และ 16.7 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมในระดับต่ำเฉพาะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 5.6

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองในการ บริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อชะลอการ เสื่อมของไต

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 36)

ข้อมูล/กลุ่ม	n	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	18	14.11	1.27	
หลังทดลอง	18	23.61	1.29	<0.001***
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	18	13.94	1.58	
หลังทดลอง	18	14.28	1.67	0.083

*p <.05

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 36)

*p <.05

หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

บริโภคอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 36)

*p <.05

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 36)

*p < .05

จากตารางที่ 4 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภค อาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต สองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไตอยู่ระยะที่ 1 - 3a แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ โดยใช้แนวทางการจัดการตนเองของแคนเฟอร์มาเป็นกรอบแนวคิดใช้โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลพยาบาลตามมาตรฐานตามปกติ อภิปรายผลตามสมมุติฐานได้ดังนี้

สมมุติฐานของการศึกษา ข้อที่ 1 ความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการบริโภค อาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาที่ได้ เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กลุ่มทดลองได้ใช้แนวทางการจัดการตนเองของ Kanfer มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เนื่องจากกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ได้รับความรู้ให้ฝึกทักษะ สาธิตวิธีการบริโภค อาหารให้เหมาะสมกับโรค ทำให้กลุ่มทดลองพ่งเห็นความสำคัญของการบริโภคอาหาร เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการจัดการตนเองในการสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองในการฝึกเลือกอาหาร การกำหนดปริมาณอาหาร โดยใช้สื่อจากแบบจำลองและอาหารจริงที่ พร้อมทำใบงาน ระหว่างการทำกิจกรรม มีการบันทึกและติดตามการบริโภคอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวัน เมื่อไปอยู่บ้าน เพื่อทำการประเมินและติดตามผ่านกลุ่มไลน์ ซึ่งจะเป็นการสังเกตและบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับแนวความคิดของ แคนเฟอร์ มีความเชื่อมั่นฐานมาจากการมีส่วนร่วมของบุคคล โดยเน้นให้

บุคคลความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยได้รับการกระตุ้น จูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเองโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวเข้ามามีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสอดคล้องกับการศึกษา⁸ ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการตนเอง โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มควบคุม สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไตสามารถส่งผลให้มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้นได้มากขึ้น

สมมุติฐานของการศึกษา ข้อที่ 2 ความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการบริโภค อาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มที่ทดลองมีคะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาที่ได้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ การปรับเปลี่ยนสัดส่วนของอาหาร การเลือกรับประทานอาหารตามหมวดหมู่ของอาหาร การแบ่งมื้ออาหาร การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ติดตามพฤติกรรมพร้อมครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมวางแผนและแก้ไขปัญหาอุปสรรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ชันทอง¹² ที่นำแนวทางการจัดการของแคนเฟอร์มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการให้คำแนะนำการรับประทานอาหารกลุ่มทดลองสามารถทำให้คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น และยังสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

1. จากผลการวิจัยควรนำโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อความรู้และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไตไปปรับใช้ในคลินิก โรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน

2. ควรรอบรุมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลรับผิดชอบ โรคเบาหวานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับแนวคิด และพฤติกรรมการ สนับสนุนการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ ในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองต่อ ความรู้และพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีการเสื่อมของไต ว่าโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองฯ มีผลต่อค่าน้ำตาลสะสมและอัตราการกรองของไตหรือไม่

References

1. Thungthong S. Delaying renal impairment in patients with type 2 diabetes mellitus who are unable to control their blood sugar levels. Journal of Royal Thai Army Nursing 2017;18 (special), 17-24. (in thai)
2. The Kidney Association of Thailand. Handbook for the management of patients with chronic kidney disease in the early stages. National Health Security Office. 1st ed. Bangkok: Security Office; 2012.
3. Padpha I. Associated Factors of HbA1c Blood Pressure and eGFR in the At-Risk Patients for Chronic Kidney Disease in Khon Kaen Province. Journal of the Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen.2021; 28(2), 73-84 (in thai)
4. Sakthong P, Kasemsup V. Healthrelatedquality of life in Thai peritoneal dialysis patients. ASIAN BIOMED 2011; 5(6), 799-806.(in Thai)
5. Hawirot P. Reflections on the illness of patients with stage 3 chronic kidney disease with rapid decline in renal function. Journal of Nursing and Health Care.2019; 37(4), 216-24. (in Thai)
6. Thungtong S. Effects of Self-Management Support Program for Delayed Progression of Diabetic Nephropathy on Self-Management Behaviors and Clinical Outcomes in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus [Master of Nursing Science Program in Adult Nursing]. Songkla:Prince of Songkla University;2014.
7. Varitsakul. R. Dietary management for slow progression in patient with diabetic kidneydisease. Journal of The Royal Thai Army Nurse.2014; 15(1): 22-8. (in Thai)
8. Pongisaranuporn S. The effect of a self-management support program for delaying renal impairment on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes at Damnoen Saduak Hospital. Regional Medical Journal 4-5.2018; 37(2), 148-59. (in Thai)
9. Muangsiri Y. The effect of a program to promote self-management abilities of diabetic patients on accumulated water bills. Faculty of Nursing Journal Burapha University.2013; 21(1), 39-51. (in Thai)
10. Kitcharoenchai R. The effectiveness of a dietary self-management program in patients with type 2 diabetes mellitus on dietary behavior on accumulated glycemic index. and body mass index. [M.Sc. Nursing Thesis Adult Nursing Program Graduate School]. Chonburi: Burapha University;2013
11. Hamal J. Effects of Traditional Awareness Promotion Programs health beliefs on slowing behavior Progression of chronic kidney disease in older adults with type 2 diabetes mellitus at risk of developing chronic kidney disease. Songkhla Nakarin Nursing Research Journal. 2014; 34(2), 67-86. (in Thai)
12. Khanthong T. The effect of a self-management support program on self-management behaviors and blood glucose levels in type 2 diabetic patients taking insulin. Thai Journal of Nursing Council.2013;28(1):85-99. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม Factors Related to Emotional Intelligence of Nursing Students Pibulsongkram Rajabhat University

ศุภกิจ เครือกลัด* ชมนาด วรรณพรศิริ ปวิมล มหายศนันท์ วิภาดา ผ่องจิต
Suphakit Krueaklat* Chommanard Wannapornsiri Pavimon Mahayosanan Wipada Pongjit
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, พิษณุโลก ประเทศไทย 65000
Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand 65000

บทคัดย่อ

ความฉลาดทางอารมณ์มีความสำคัญมากสำหรับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และเมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้วจะเป็นทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย จะต้องควบคุมอารมณ์ พร้อมจัดการกับความเครียดและปัญหาให้รอบคอบ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ปีการศึกษา 2565 จำนวน 145 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต หากคุณภาพโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($\bar{X} = 162.04$, S.D. = 18.80) และ 2) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.404$, $p < .05$)

คำสำคัญ: นักศึกษาพยาบาล, ความฉลาดทางอารมณ์, ความเครียด

Abstract

Nursing students need to be emotionally intelligent because they are under stress while learning theory and practice and, after graduation, will be part of a healthcare team caring for patients, they must be emotionally intelligent and prepared to handle stress and challenges wisely. This research was survey research to study factors related to emotional intelligence of nursing students Pibulsongkram Rajabhat University. The sample included 145 nursing students in the 1st-4th years of the program at Pibulsongkram Rajabhat University. The sample was selected using probability sampling and stratified sampling. A three-part questionnaire that includes a general information section, the Suanprung Stress Scale (SPST-20), and the

Department of Mental Health's Emotional Quotient Scale serves as the study tool. The reliability tested by Cronbach's alpha correlation coefficient were .90 and .95, respectively. The data were then analyzed for finding frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation statistics.

The findings revealed that 1) Emotional intelligence level of nursing students Pibulsongkram Rajabhat University was average ($\bar{X}$ = 162.04, S.D. = 18.80), and 2) Stress was moderately negatively correlated with emotional intelligence of nursing students at Pibulsongkram Rajabhat University, with statistical significance at the .05 level (r = -.404, p < .05).

Keywords: Nursing students, Emotional intelligence, Stress

บทนำ

ปัจจุบันกระแสโลกาภิวัตน์และความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสารต่างๆ ทำให้เกิดการพัฒนาด้านต่อเนื่อง และมีผลต่อระบบการศึกษาและการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนแต่ละบุคคลมีส่วนร่วมในการเรียน โดยส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความรู้ในสาขาวิชาและมีมาตรฐานจริยธรรมของวิชาชีพ¹ ประกอบกับการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาล ศาสตร์บัณฑิตตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ที่มีลักษณะเฉพาะของสาขา คือ เป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพ และอนามัยของประชาชนด้วยความเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร² รวมถึงการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์³ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาล จะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลที่ถูกต้อง และเป็นผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง เผชิญกับปัญหา รู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น มีความอดทนอดกลั้นต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ตลอดจนสามารถควบคุมตนเองได้เป็นอย่างดี^{4,5} ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิตและการทำงาน ร้อยละ 80 เกิดจากการมีความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสม⁶ และผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะทำให้มีความรู้ความสามารถ รู้จักรับผิดชอบตนเองและผู้อื่น ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าวนี้เป็นสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาลที่จะประกอบอาชีพการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ รวมถึงการปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จได้ในอนาคต⁸

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence or Emotional Quotient: E.Q.) เป็นความสามารถในการบริหารอารมณ์ให้เป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับ

สถานการณ์ต่างๆ มีความเข้าใจในอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองอย่างมีเหตุผล ไม่จำเป็นต้องเก็บกด รู้จักจุดดีจุดด้อยของตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต มองโลกในแง่ดี จัดการกับความเครียดและปัญหาได้อย่างรอบคอบ⁹ กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน คือ ดี เก่ง และสุข¹⁰ ซึ่งอารมณ์มีผลต่อสภาพของร่างกายให้มีปฏิกิริยาโต้ตอบในลักษณะต่างๆ เช่น เมื่อโกรธจะมีการไหลเวียนโลหิตที่มือทำให้ง่ายต่อการหยิบจับอาวุธหรือต่อสู้และมีกรหลังสารแอดรีนาลีนนำไปสู่การมีพลังกำลังที่แข็งแรงที่จะทำการต่อสู้ ขณะที่เมื่อมีอารมณ์สุขก็จะไปเพิ่มการทำงานของศูนย์กลางในสมองสกัดกั้นความรู้สึกทางลบไม่ให้เกิดขึ้น และเพิ่มพลังการกำจัดความวิตกกังวลให้หมดไปทำให้เกิดความรู้สึกสงบและพึงพอใจ ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะสามารถรับรู้เข้าใจและจัดการกับความรู้สึกของตนเองได้ดี จึงมักประสบความสำเร็จ สร้างสรรค์งานใหม่ ๆ ได้เสมอ^{10,11} นอกจากนี้ความฉลาดทางอารมณ์ยังสะท้อนถึงศักยภาพในการเรียนรู้และดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จในการตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง (Self-Awareness) ควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Self-Regulation) สร้างแรงจูงใจให้แก่ตนเอง (Self-Motivation) เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น (Recognizing Emotions in Others) และการบริหารความสัมพันธ์ (Relationship management)⁶

ในส่วนของนักศึกษาพยาบาล ความฉลาดทางอารมณ์มีความสำคัญมาก เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และเมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้วจะเป็นทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่ามีการศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาหลายเรื่อง เช่น ในนักศึกษาของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ผลการศึกษาพบว่า

นักศึกษาพยาบาลร้อยละ 95.5-100.0 มีความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับปกติ^{12,13} นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์และรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสงขลา พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกัน^{14,15} และนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรม มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษาพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม¹⁶ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่พบว่า ความเครียดยังส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ด้วย¹²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เป็นสถาบันการศึกษาใหม่ ในระดับอุดมศึกษามีพันธกิจหลักในการผลิตบัณฑิตพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ต้องให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ มีความเอื้ออาทรและจิตใจความเป็นมนุษย์ รวมถึงต้องปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ และต้องประสบกับแรงกดดันต่างๆ ดังนั้นสภาพทางอารมณ์จึงมีความสำคัญกับนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล โดยมุ่งหวังนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเรียนการสอน ได้เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุขปรับตัวอย่างเหมาะสม และสำเร็จไปเป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรม และความเครียด

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามอยู่ในระดับปกติ
2. เกรดเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรม และความเครียด มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการนำเอาแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต มาประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านดี คือ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม 2) ด้านเก่ง คือ ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และ 3) ด้านสุข คือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภูมิใจในตนเอง พอใจในชีวิตและมีความสุขสงบทางใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรม และความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ศึกษาในช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ปีการศึกษา 2565 จำนวนทั้งหมด 227 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ปีการศึกษา 2565 โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของยามานะ¹⁷ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 145 คน จากนั้น ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) โดยการคำนวณตามสัดส่วนของแต่ละชั้นปี จะได้ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 41 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 36 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 38 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน รวมทั้งหมด 145 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ประสพการณ์เข้าร่วมกิจกรรม

2. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เป็นแบบสอบถามที่นำมาจากแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์

ของกรมสุขภาพจิต (2543) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านดี จำนวน 18 ข้อ 2) ด้านเก่ง จำนวน 16 ข้อ และ 3) ด้านสุข จำนวน 16 ข้อ ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ข้อความด้านบวก กำหนดให้ 1 หมายถึง ไม่จริง 2 หมายถึง จริงบางครั้ง 3 หมายถึง ค่อนข้างจริง และ 4 หมายถึง จริงมาก ได้แก่

1	4	6	7	10	12	14	15	17	20	22	23	25	28
31	32	34	36	38	39	41	42	43	44	46	48	49	50

ข้อความด้านลบ กำหนดให้ 1 หมายถึง จริงมาก 2 หมายถึง ค่อนข้างจริง 3 หมายถึง จริงบางครั้ง และ 4 หมายถึง ไม่จริง ได้แก่

2	3	5	8	9	11	13	16	18	19	21	24
26	27	29	30	33	35	37	40	45	47	51	52

การแปลผล

ความฉลาดทางอารมณ์	คะแนน	แปลผล
ด้านดี	มากกว่า 62	สูง
	46 - 62	ปกติ
	น้อยกว่า 46	ต่ำ
ด้านเก่ง	มากกว่า 62	สูง
	44 - 62	ปกติ
	น้อยกว่า 44	ต่ำ
ด้านสุข	มากกว่า 56	สูง
	40 - 56	ปกติ
	น้อยกว่า 40	ต่ำ
โดยรวม	มากกว่า 180	สูง
	130 - 180	ปกติ
	น้อยกว่า 130	ต่ำ

3. แบบประเมินความเครียด เป็นแบบสอบถามที่นำมาจากแบบประเมินความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ตอบไม่รู้สึกรู้สึกรีด	= 1	คะแนน
ตอบเครียดเล็กน้อย	= 2	คะแนน
ตอบเครียดปานกลาง	= 3	คะแนน
ตอบเครียดมาก	= 4	คะแนน
ตอบเครียดมากที่สุด	= 5	คะแนน

การแปลผล

ผลรวมของคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้
คะแนน 0 – 23 ระดับน้อย
คะแนน 24 – 41 ระดับปานกลาง
คะแนน 42 – 61 ระดับสูง
คะแนน 62 ขึ้นไป ระดับรุนแรง

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์และแบบประเมินความเครียด ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 40 คนเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .90 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก (โครงการวิจัยรหัส PSRU-EC 2023/004 วันที่รับรอง 9 มีนาคม 2566) จากนั้นผู้วิจัยจะติดต่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านหัวหน้าชั้นปี ซึ่งข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับ โครงการวิจัยได้อยู่ในหน้าคำชี้แจงของแบบสอบถามแล้ว โดยหากอาสาสมัครยินยอมตอบแบบสอบถาม ก็จะนำแบบสอบถามมาส่งในจุดที่กำหนดไว้ โดยไม่มีการระบุตัวตน และขอยกเว้นการลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวในระหว่างการทำโครงการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่มีผลใด ๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะตอบข้อสงสัยตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการขออนุมัติจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม หลังจากได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายวิชาการ เพื่อขอรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปี จากนั้นจะติดต่อผ่านหัวหน้าชั้นปีเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยกับอาสาสมัคร ในครั้งแรก ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลจะมอบให้หัวหน้าชั้นปีเป็นผู้แจกแบบสอบถามซึ่งมีข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยได้อยู่ในหน้าคำชี้แจงของแบบสอบถามแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 15 - 20 นาที และให้หัวหน้าชั้นปี รวบรวมแบบสอบถามส่งให้กับผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความเครียด และความฉลาดทางอารมณ์ โดยจะใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเกรดเฉลี่ยสะสม ประสิทธิภาพการเข้าร่วมกิจกรรม และความเครียดกับความฉลาดทางอารมณ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient test) โดยกำหนดระดับความสัมพันธ์¹⁶ ดังนี้

$r > .70$	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r = .30 - .70$	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r < .30$	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ข้อมูลทั่วไป	ชั้นปีที่ 1 (41 คน)		ชั้นปีที่ 2 (36 คน)		ชั้นปีที่ 3 (38 คน)		ชั้นปีที่ 4 (30 คน)		รวม(145 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ										
ชาย	8	19.5	3	8.3	4	10.5	1	3.3	16	11.0
หญิง	33	80.5	33	91.7	34	89.5	29	96.7	129	89.0
อายุ (ปี)										
18-20	37	90.2	26	72.2	0	0	0	0	63	43.4
21-23	4	9.8	10	27.8	33	86.8	26	86.7	73	50.3
มากกว่า 23	0	0	0	0	5	13.2	4	13.3	9	6.2
เกรดเฉลี่ยสะสม										
2.51-3.00	13	31.7	0	0	3	7.9	3	10.0	19	13.1
3.01-3.50	19	46.3	27	75.0	33	86.8	22	73.3	101	69.7
3.51-4.00	9	22.0	9	25.0	2	5.3	5	16.7	25	17.2
ประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรม										
เข้าร่วม	40	97.6	36	100	38	100	30	100	144	99.3
ไม่เข้าร่วม	1	2.4	0	0	0	0	0	0	1	0.7

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลทั้งหมด 145 คน พบว่ามีนักศึกษาที่เป็นเพศชายร้อยละ 11.0 เพศหญิงร้อยละ 89.0 มีอายุ 18-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.4 อายุ 21-23 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.3 และอายุ มากกว่า 23 ปี คิดเป็นร้อยละ 9 เกรดเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3.01-3.50

คิดเป็นร้อยละ 69.7 รองลงมาคือ 3.51-4.00 คิดเป็นร้อยละ 17.2 และอยู่ระหว่าง 2.51- 3.00 คิดเป็นร้อยละ 13.1 ประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของคณะ/มหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 99.3 และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของคณะ/มหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ .7

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี (n = 145)

ความฉลาดทางอารมณ์	คะแนนปกติ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านดี	42-71	59.45	6.67	ปกติ
การควบคุมตนเอง	12-24	19.03	2.58	สูง
เห็นใจผู้อื่น	14-24	19.77	2.38	ปกติ
รับผิดชอบ	12-24	20.65	2.95	ปกติ
2. ด้านเก่ง	35-67	52.05	6.82	ปกติ
มีแรงจูงใจ	11-24	17.83	2.83	ปกติ
ตัดสินใจและแก้ปัญหา	10-24	17.23	3.24	ปกติ
สัมพันธ์ภาพ	12-22	16.98	2.51	ปกติ
3. ด้านสุข	29-63	50.54	7.51	ปกติ
ภูมิใจในตนเอง	4-16	11.92	2.51	ปกติ
พอใจชีวิต	9-24	19.97	3.56	ปกติ
สุขสงบทางใจ	13-24	18.65	2.98	ปกติ
รวม	115-199	162.04	18.80	ปกติ

จากตารางที่ 2 ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม รวมทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าเฉลี่ย 162.04 โดยด้านที่ความฉลาด

ทางอารมณ์สูงที่สุดคือ ด้านดี ค่าเฉลี่ย 59.45 ส่วนด้านเก่งและด้านสุข อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าเฉลี่ย 52.05, 50.54 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเกรดเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรม และความเครียดกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (n = 145)

ตัวแปร	ความฉลาดทางอารมณ์	
	r	p
เกรดเฉลี่ยสะสม	.074	.379
ประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรม	.089	.288
ความเครียด	-.404**	.000

*p<.05

จากตารางที่ 3 พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสม และประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ($r = .074$, $p > .05$ และ $r = .089$, $p > .05$ ตามลำดับ) ส่วนความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ($r = -.404$, $p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ทั้งหมด 145 คนพบว่าส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์ทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ได้มีการจัดปฐมนิเทศให้กับนักศึกษาตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 เกี่ยวกับการปรับตัวในสถานศึกษา การแนะนำแนวทางการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยอย่างมีความสุข รวมไปถึงอธิบายการเรียนการสอนหลักสูตรฯ ที่จะต้องมีการฝึกทักษะความเป็นผู้นำ กล้าตัดสินใจ ประกอบกับส่งเสริมการทำงานเป็นทีมกับกลุ่มเพื่อน จึงทำให้มีการพัฒนาระดับของความฉลาดทางอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความฉลาดทางอารมณ์ทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ปกติ^{18,19}

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ความเครียด จากการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล อธิบายได้ว่า เมื่อมีความเครียดอยู่ในระดับสูงจะทำให้มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ในทางตรงกันข้ามหากมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยจะทำให้มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง เนื่องจากความเครียดเป็นการตอบสนองของร่างกาย และจิตใจที่ได้รับผลกระทบจากความทุกข์ หากไม่มีทักษะการบริหารอารมณ์ที่ดี จะนำไปสู่ปัญหา ขาดการควบคุมตนเอง แต่ในผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์จะสามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกของตนเองให้เหมาะสม ปรับตัวเองให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี นำภาวะทางอารมณ์ของตนกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01^{19, 20, 21}

เกรดเฉลี่ยสะสม จากการศึกษาพบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เนื่องจากแผนการเรียนการสอนทุกรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ได้มุ่งเน้นให้นักศึกษาตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-4 ได้ฝึกทักษะผลการเรียนรู้ในด้านคุณธรรมจริยธรรม ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ รวมถึงทักษะการสื่อสาร โดยการทำงานเป็นทีมกับกลุ่มเพื่อน เพื่อเป็นการทำให้นักศึกษาพยาบาลทุกคนได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ความรู้ไม่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมแตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน^{14, 16}

ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรม จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลสามารถแสดงออกถึงความสามารถตนเองได้อย่างสร้างสรรค์ตามความถนัดของตนเอง แต่ไม่ได้เกิดจากความฉลาดทางอารมณ์และด้านความพึงพอใจในการเรียนพยาบาลก็ไม่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ได้มุ่งเน้นให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะผลการเรียนรู้ในด้านคุณธรรม จริยธรรม ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ รวมถึงทักษะการสื่อสาร ที่เริ่มตั้งแต่ชั้นปี 1 โดยส่งเสริมการจัดกิจกรรมร่วมกับท้องถิ่นในเขตบริการของมหาวิทยาลัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของมหาวิทยาลัยที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน¹⁸

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ ดังนั้นควรส่งเสริมหลักการบริหารอารมณ์ เช่น วิธีจัดการกับความเครียด การหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ และกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด โดยสอดแทรกในรายวิชาของหลักสูตร ซึ่งเป็นหัวข้อเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อให้นักศึกษาได้จัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เผชิญปัญหาได้อย่างมีสติ แก้ปัญหาได้รอบคอบ รับมือกับความเครียด และมีความพร้อมในการเรียนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายเกิดความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น ปัจจัยทางสังคมไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเพื่อน อาจารย์ หรือปัจจัยทางอารมณ์ เป็นต้น
2. การทำโปรแกรม (Experimental design) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สำหรับนักศึกษาพยาบาล

References

1. Panich. V. Creating learning for the 21st century. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn; 2014. (in Thai)
2. Ministry of Education. The National education plan, B.E. 2017-2036. Bangkok: Office of the Education Council; 2017. (in Thai)
3. Rattanakaj P. Desirable Characteristics Among Graduate Nurses of Ubon Ratchathani Rajabhat University. Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation. 2020; 9(1): 20-30. (in Thai)
4. Nussutam, W., Riangsator, A, & Jeeraya S. The Development of Emotional Intelligence in Nursing Students. Nursing Journal. 2017; 44(2): 111-18. (In Thai)
5. Nuchsum W. Emotional quotient of nursing students, Faculty of Nursing, Chiang Rai College. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2016; 4(4): 505-19. (in Thai)
6. Goleman, D. Emotion Intelligence. New York: Bantan Book; 1998.
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing Council Announcement. Working hours policy for patient safety. Bangkok; 2017. (in Thai)
8. Nuchsum W., Kaewkunta P., Somboon L., Boonthai C., & Muangmakham S. Effect of Emotional Quotient Promoting Program on Emotional Quotient among Nursing Students. Nursing Journal. 2018; 45(1): 110-21. (in Thai)
9. Sirichockwattana K. Super E.Q. Happiness & Success can be created by heart. 2nd ed. Bangkok: Rungsamg; 2018. (in Thai)
10. Department of mental health, Emotional Quotient. Nonthaburi: Bangkok; 2003. (in Thai)

11. Bormann VS. Emotional Intelligence and Readiness in Performing Professional Nursing Roles among Nursing Students. *Journal of Health Science Research*. 2010; 4(2): 47-57.
12. Ngamkham N., Chitraboon K., Chaichana N., Kanyanthong P., Yurak P., & Nuchsiri P. Factors affecting emotional quotient of students in health science curriculums at Huachiew Chalermprakiet University. *Huachiew Chalermprakiet University Journal of Health Science*. 2016; 20(39): 45-56. (in Thai)
13. Thongaiad, K., & Chaiprom, D. Emotional Intelligence and Stress among Nursing Students of Faculty of Nursing of Suratthani Rajabhat University. *Suratthani Rajabhat Journal*. 2018; 5(2): 214-32. (in Thai)
14. Panjiang P. Factors Affecting Emotional Quotient and a model of Emotional Quotient Development of Students in Higher Education Institutions in Songkhla Province. 2015.
15. Leksungnoen S. Emotional intelligence of first year students Silpakorn University Sanam Chandra Palace. (thesis). Nakhon Pathom: Silpakorn University, Sanam Chandra Palace Campus; 2018. (in Thai)
16. Pongklum O., Klommak J., Pakluck P., Khuttamasoon T., Bunluesup W., & Hongthong M. The Emotional Quotient among Nursing Students in a Private University, Bangkok. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2017; 25(3): 9-19. (in Thai)
17. Thato R. Nursing research: concepts to application. 3rded. Bangkok: Chulalongkorn; 2018. (in Thai)
18. Ukkakimapan J., Tepvorachai U., Sompittayanurak N., & Tareepeer N. The Emotional Quotient of Nursing Students Pathum Thani University. *Journal of Nakhonratchasima College (Humanities and Social Sciences)*. 2021; 15(3): 122-33. (in Thai)
19. Sritawan K., Chinkhaokham D., & Kitnopkiat K. Factors Related to Emotional Intelligence among Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(1): 109-15. (in Thai)
20. Jahan K. Emotional intelligence related to stress: a study on college students. *The International Journal of Indian Psychology*. 2020; 8(1): 495-500.
21. Stevens C., Schneider E., Miller BP., & Arcangelo K. Exploring The Relationship Between Emotional Intelligence And Academic Stress Among Students At A Small, Private College. *Contemporary Issues in Education Research*. 2019; 12(4): 93-102.

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนต่อระยะเวลารอคอย และคุณภาพบริการในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

The Effects of Lean Management Program on Waiting Time and Service Quality at the Out-Patient Nephrology Clinic in a Tertiary Hospital

จันทน์ นิลพัฒน์ กรณิการ์ ฉัตรตอกไม้ไพร* เนตรชนก ศรีทุมมา

Jantane Nilphat Kannikar Chatdokmaiprai* Netchanok Sritoomma

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000

College of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนต่อระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการคลินิกโรคไตตั้งแต่ระยะที่สาม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการแบบลีน 2) แบบบันทึกเวลาการใช้บริการของผู้รับบริการและแบบสอบถามคุณภาพบริการ คุณภาพเครื่องมือได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.92 และค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96 ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอ้างอิง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนในกลุ่มทดลองน้อยกว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการของกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีน ($\bar{X} = 4.25$, $SD = .515$) มากกว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการแบบเดิม ($\bar{X} = 3.70$, $SD = .148$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) การวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการแบบลีนมีผลต่อระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการให้บริการในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการแบบลีน, ระยะเวลารอคอย, คุณภาพบริการ

Abstract

This research was a quasi-experimental study with two-group pretest posttest-design. The objective of this study was to study the effects of lean management program on waiting time and service quality. The sample group consisted of 60 patients with stage 3 chronic kidney disease that were divided into experimental group and control group with 30 respondents each, by using a purposive sampling. The tools used in this research were: 1) Lean Management Program, and 2) The tools used for collecting data that are time record form for patient services and service quality questionnaires. The content validity was verified by five experts and the content validity index was 0.92. The reliability was determined by Cronbach's alpha coefficient that

Corresponding Author: * E-mail.kanikarc.ctu@gmail.com

วันที่รับ (received) 8 พ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ธ.ค. 2566

was 0.96. Data were analyzed using descriptive statistic, The results showed that. The mean waiting time of the experimental group patients after using the lean management program was significantly less than the control group patients who received conventional services ($p < .05$). The mean service quality in the experimental group after using the lean management program ($\bar{X} = 4.25$, $SD = .515$) was significantly higher than those in the control group that received traditional services ($\bar{X} = 3.70$, $SD = 148$) ($p < .05$). The results showed that the lean management program has an effect on the waiting time and service quality therefore nursing administrators can apply this program to develop other services.

Keywords: Lean management program, Waiting time, Quality of service

บทนำ

ระยะเวลาการรอคอยการรับบริการเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญของระบบงานบริการ โดยเฉพาะงานบริการด้านหน้าของโรงพยาบาล การให้บริการเริ่มตั้งแต่ผู้รับบริการเข้ามาถึงจุดคัดกรอง รอรับบริการ จนกระทั่งสิ้นสุดการให้บริการ ซึ่งระยะเวลาการรอคอยที่เหมาะสมจะเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ และเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ¹ โดยคุณภาพขึ้นอยู่กับช่องว่างระหว่างความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับบริการที่ได้รับจริง ซึ่งความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นผลจากคำบอกเล่าที่บอกต่อกันมา จากความต้องการของผู้รับบริการเอง และประสบการณ์ในการรับบริการที่ผ่านมา รวมถึงข่าวสารจากผู้ให้บริการทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่วนการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นผลมาจากการได้รับบริการและการสื่อสารจากผู้ให้บริการไปยังผู้รับบริการ ซึ่งถ้าบริการที่ได้รับจริงดีกว่าหรือเท่ากับความคาดหวังถือว่าบริการนั้นมีคุณภาพ²

แนวคิดลีน ประกอบไปด้วยวิธีการอย่างเป็นระบบระเบียบที่ช่วยในการค้นหาและกำจัดความสูญเปล่า ในกระบวนการดำเนินงาน มีการใช้ทรัพยากรการผลิตที่ครอบคลุมด้าน การเงิน ด้านคน ด้านวัสดุและด้านเวลาอย่างประชิด คุ่มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด แนวคิดลีนเป็นวิธีการที่ช่วยให้มีการระบุคุณค่าการดำเนินงาน โดยการกำจัดความสูญเปล่า ทำให้การดำเนินงานของกิจกรรมที่มีคุณค่าไม่ให้เกิดการหยุดชะงัก และทำให้กระบวนการทำงานเกิดประสิทธิภาพพัฒนารูปแบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และสามารถผลิตในสิ่งที่ตรงตามความต้องการผู้รับบริการ³ การพัฒนารูปแบบบริการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและคุณภาพบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดลีนส่งผลต่อการพัฒนาผลลัพธ์

ของระบบบริการสุขภาพ ในด้านการลดระยะเวลา ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้รับบริการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และการประยุกต์ใช้แนวคิดลีน ส่งผลทำให้เกิดการลดขั้นตอนของกระบวนการทำงาน แต่ในขณะเดียวกันยังคงรักษาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ⁴ ส่งผลให้เพิ่มคุณภาพบริการ

การให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีผู้รับบริการ 3,500 รายต่อวัน และจำนวน 171,120 รายต่อปี โดยเฉพาะคลินิกโรคไตซึ่งสังกัดในคลินิกเฉพาะโรค ทั้งหมด 9 คลินิก พบว่า คลินิกโรคไต มีผู้รับบริการโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการมากที่สุดและมีระยะเวลารอคอยนานที่สุด ผู้รับบริการโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่คลินิกจำนวนประมาณ 110 ราย/วัน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564 มีผู้รับบริการจำนวน 2,805,2,903 และ 2,927 รายตามลำดับ พบว่า มีผู้รับบริการที่เป็นโรคไตระยะที่สามเข้ารับบริการ จำนวน 324,334 และ 448 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 11.6, 11.5, และ 15.30 ตามลำดับของผู้รับบริการในคลินิกโรคไตทั้งหมด การให้บริการมุ่งเน้นการชะลอไตเสื่อมก่อนที่บำบัดทดแทนไต มีจุดการให้บริการ 4 ขั้นตอน บริการ 1) การให้บริการระยะก่อนตรวจรักษา 2) การให้บริการระยะรอตรวจรักษา 3) การให้บริการระยะการตรวจรักษา 4) การให้บริการหลังการตรวจรักษา พบปัญหาผู้รับบริการได้รับการตรวจล่าช้าทำให้เกิดปัญหาการร้องเรียนจากผู้รับบริการ ผู้รับบริการบางส่วนไม่รอตรวจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความแออัดในหน่วยงาน จากระยะเวลารอคอยในการรับบริการคลินิกโรคไตใน พ.ศ. 2563 มากกว่า 4.5 ชั่วโมง ผู้รับบริการในแต่ละวันที่มีจำนวนแออัดทำให้การตอบสนองของผู้รับบริการไม่ทั่วถึงส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของ

ผู้รับบริการ จากการสำรวจความพึงพอใจต่อการบริการงาน
ผู้ป่วยนอก (OP Voice) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564
ร้อยละ 70, 74 และ 72 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ
ร้อยละ 80 จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ จำนวน 30 คน
พบว่ามีความล่าช้าในจุดของการคัดกรอง การซักประวัติ
และการสอนสุขศึกษาเพื่อชะลอไตเสื่อมก่อนบำบัดทดแทนไต
ซึ่งแต่ละคนใช้เวลาที่นานแตกต่างกันแล้วแต่ปัญหาของผู้รับ
บริการ ซึ่งทางคลินิกยังมีการให้บริการแบบเดิม โดยการสอน
แล้วแจกแผ่นพับจากการเก็บข้อมูลการคัดกรองและซักประวัติ
ใช้เวลา 25 นาที

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความต้องการพัฒนาระบบบริการ
ด้วยการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่นเพื่อลดระยะเวลารอคอย
 อีกทั้งส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและมี
มาตรฐานอันทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้รับ
บริการก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่น
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้รับ
บริการกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่น
กับระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ
บริการแบบเดิม
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการในคลินิกโรคไต
กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่น
4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการในคลินิกโรคไต
กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่นกับคุณภาพ
บริการคลินิกโรคไตกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการแบบเดิม

คำถามการวิจัย

1. ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการก่อนการใช้
โปรแกรมการจัดการแบบลื่น อยู่ในระดับใด
2. ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการกลุ่มทดลอง
หลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่นน้อยกว่าก่อนใช้
โปรแกรมการจัดการแบบลื่นหรือไม่
3. ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการกลุ่มทดลอง
หลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
หรือไม่
4. คุณภาพบริการในคลินิกโรคไตหลังการใช้
โปรแกรมการจัดการแบบลื่นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

การจัดการแบบลื่นหรือไม่

5. คุณภาพบริการในคลินิกโรคไตกลุ่มทดลอง
หลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่นมากกว่ากลุ่มควบคุม
หรือไม่

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ
หลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่นน้อยกว่าค่าเฉลี่ยระยะ
เวลารอคอยของผู้รับบริการก่อนการใช้โปรแกรมการจัด
การแบบลื่น
2. ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ
กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่นน้อยกว่า
ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการกลุ่มควบคุมที่ได้รับ
การบริการ
3. ค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการในคลินิกโรคไตหลัง
การใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่นมากกว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพ
บริการคลินิกโรคไตก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่น
4. ค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการในคลินิกโรคไตกลุ่ม
ทดลองหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลื่นมากกว่า
ค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการคลินิกโรคไตกลุ่มควบคุมที่ได้รับ
การบริการแบบเดิม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของของวอแม็ก
และโจนส์ เป็นวิธีการที่ช่วยให้มีการระบุคุณค่าการดำเนินงาน
โดยการกำจัดความสูญเปล่า ทำให้การดำเนินงานของกิจกรรม
ที่มีคุณค่าไม่มีการหยุดชะงัก และทำให้กระบวนการทำงาน
เกิดประสิทธิภาพ และสามารถผลิตในสิ่งที่ตรงตามความ
ต้องการผู้รับบริการ โดยประกอบด้วย หลักการสำคัญ 5
หลักการด้วยกัน³ นำมาออกแบบโปรแกรมการจัดการแบบลื่น
ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์กระบวนการทำงานในปัจจุบันโดย
บันทึกระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการ 2) เขียนแผนผัง
กระบวนการทำงานร่วมกับทีมพยาบาลและพิจารณาการไหล
ของงาน 3) อภิปรายร่วมกับทีมพยาบาลเพื่อบริหารจัดการลด
ระยะเวลารอคอยโดยลดขั้นตอนการให้บริการขณะรอตรวจ
รักษาที่ใช้เวลานาน เช่น กิจกรรมการสอนสุขศึกษา โดยจัดทำ
สื่อการสอนในรูปแบบคิวอาร์โค้ด 4) ร่วมกับทีมพยาบาล
ปรับปรุงขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในการให้บริการออกจากระบบ
เพื่อความสะดวกในการให้บริการ 5) ควบคุม กำกับและติดตาม

การให้บริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย จะส่งผลให้ระยะเวลา
รอคอยการให้บริการของผู้รับบริการคลินิกโรคไตแผนก
ผู้ป่วยนอก⁵ และส่งผลให้คุณภาพการให้บริการคลินิกโรคไต
แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน
และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)
เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนต่อ
ระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการในคลินิกโรคไต แผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระยะเวลาในการ
เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมิถุนายน
พ.ศ. 2566

ประชากร คือ กลุ่มผู้รับบริการที่มาตรวจรักษาที่
คลินิกโรคไตตั้งแต่ระยะที่สาม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดที่ศึกษาที่มารับบริการจนถึงกลับบ้านและไม่ต้อง
นอนโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 60 คนโดย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน
และกลุ่มควบคุม 30 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การ
คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้รับบริการที่มารับบริการที่
คลินิกโรคไตระยะที่สาม 2) มีอายุตั้งแต่ 20-70 ปี ทั้งชายและ
หญิง 3) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการสื่อสาร ไม่มีปัญหา
การได้ยินและการมองเห็น 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
ครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา
(Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้รับบริการที่ไม่มารับบริการตาม
นัดในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลหรือผู้ไม่ให้ความยินยอม
ในการให้ข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท
ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการ
เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังนี้ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนิน
การวิจัย ได้แก่ 1.1) คู่มือโปรแกรมการจัดการบริการแบบลีน
1.2) สื่อการสอนสุขศึกษา แผ่นพับ และวิดีโอสอนเกี่ยวกับการ
ชะลอไตเสื่อมระยะที่สามในรูปแบบคิวอาร์โค้ด 2) เครื่องมือที่
ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกเวลา

การใช้บริการของผู้รับบริการคลินิกโรคไต โดยเริ่มตั้งแต่
ยื่นใบนัด จุดบริการต่างๆ และสิ้นสุดจนรับใบนัดกลับบ้าน
บริการของผู้รับบริการคลินิกโรคไต 2.2) แบบสอบถามคุณภาพ
บริการโดยใช้แนวคิดของ Parasuraman et al. (1985)
2 ประมวลค่าของลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด
มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
ทั้งหมด 5 ท่าน ตรวจสอบตรงตามความครอบคลุมของเนื้อหา
ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา พิจารณาความสอดคล้อง
ระหว่างคำถามกับนิยามตัวแปรรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการ
ปรับปรุงและนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content
validity index: CVI) รวมทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.96 และนำผลที่
ได้จากการทดสอบมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha
coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรอง
จริยธรรมโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่
น.15/2565 ลงวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2566 และขออนุญาต
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ
ที่ทำการการศึกษา เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ REC66-0019
ลงวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2566 เพื่อการเก็บข้อมูล ผู้วิจัย
ได้อธิบายถึง วัตถุประสงค์ของการศึกษาขั้นตอน รายละเอียด
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการ
แบบลีน ในช่วงเวลาที่ศึกษาระหว่างทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง
สามารถแจ้งยุติก่อนสิ้นสุดการศึกษาได้ตลอดเวลา และข้อมูล
ทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอ
ในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษาผู้วิจัยจะทำลาย
เอกสารวิจัยภายใน 2 ปีหลังจากสิ้นสุดโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำเรื่องขอหนังสือรับรองจริยธรรมในมนุษย์
จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน
2) ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรม และหนังสือ
ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัย คริสเตียน

เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย

3) เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา ผู้วิจัยติดต่อฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กำหนดการจัดการพัฒนาความรู้ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ กำหนดการพัฒนาความรู้ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ส่วนโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล จึงติดต่อฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขออนุมัติในการการทำการวิจัย

การเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1-6 มีกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1.1 ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 โดยใช้เครื่องมือจับเวลาและแบบสอบถามส่วนบุคคลและแบบสอบถามคุณภาพบริการในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งเพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก ในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (ให้บริการแบบเดิม) และกลุ่มทดลอง (ให้บริการโดยใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับ) 1.2 จัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการโปรแกรมการจัดการแบบสลับ ร่วมกันจัดวางแผนดำเนินการจัดการแบบสลับ จัดทำคู่มือโปรแกรมการจัดการแบบสลับ จัดทำสื่อการสอนสุขศึกษา และจัดเตรียมวีดีโอสุขศึกษา ฝึกทดลองการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับ ประชุมแก้ไข ปรับปรุงส่วนที่บกพร่องดำเนินการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับ โดยกำกับการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและจัดกิจกรรมเสริมในระยะก่อนตรวจ ได้แก่ การสอนสุขศึกษา การให้ดูวีดีโอสุขศึกษา เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโดยพยาบาลทุกคนร่วมกันประเมินผลให้ข้อเสนอแนะร่วมแสดงความคิดเห็นในด้านความรู้ที่รับและประโยชน์ในการนำไปใช้ 2. สัปดาห์ที่ 7-8 เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการ (Post-test) กลุ่มควบคุมในคลินิกโรคไตหลังการให้บริการแบบเดิม 3. สัปดาห์ที่ 9-12 เก็บรวบรวม

ข้อมูลระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการหลังดำเนินการทดลอง (Post-test) กลุ่มทดลอง ในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการ ในการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยและคุณภาพบริการ ในการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติที่ไม่อิสระ (paired t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 16 คน (ร้อยละ 53.30) เพศชาย 14 คน (ร้อยละ 46.70) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 30.00 รองลงมาอายุ อยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 26.70 อายุเฉลี่ย $\bar{X}_1 = 54.40$, $SD = 12.63$ ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.00 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 16.30 ส่วนรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 33.30 รองลงมา ได้แก่ ผู้มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 23.30 และการใช้สิทธิ์การรักษาส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 56.7 รองลงมาใช้สิทธิ์ข้าราชการ-เบิกจ่ายตรง ร้อยละ 23.30

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 76.70) เพศชาย 7 คน (ร้อยละ 23.30) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 71 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.70 รองลงมา ได้แก่ อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ย $\bar{X}_2 = 61.67$, $SD = 11.60$ ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ระดับการศึกษา ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 รองลงมา ได้แก่ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.00 ส่วนรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 43.30 รองลงมา ได้แก่ ผู้มีรายได้กว่า 10,000 บาท ร้อยละ 36.70 และการใช้สิทธิ์การรักษาส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 73.30 รองลงมาใช้สิทธิ์สิทธิ์ข้าราชการ-เบิกจ่ายตรง ร้อยละ 20.00 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วม

โปรแกรมการจัดการแบบลีน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยในทุกขั้นตอนหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการแบบลีนของกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายด้าน ($n = 30$)

ระยะเวลาารคอย		กลุ่มทดลอง				t	p-value
		ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม			
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1.	การให้บริการระยะก่อนตรวจรักษา	16.33	1.12	11.01	1.28	20.74	.000
2.	การให้บริการระยะรอตรวจรักษา	27.01	2.11	16.83	1.63	21.81	.000
3.	การให้บริการขณะตรวจ	7.42	0.98	5.43	0.66	9.21	.000.
4.	การให้บริการหลังตรวจรักษา	12.20	0.54	7.66	1.35	16.79	.000
	รวม	62.97	2.29	40.95	2.28	33.878	.000

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการแบบลีนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า

น้อยกว่าระยะเวลารอคอยของกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการแบบลีนระหว่างกลุ่มควบคุม ($n_1 = 30$) และกลุ่มทดลอง ($n_2 = 30$) จำแนกรายด้าน

ระยะเวลารอคอย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การให้บริการระยะก่อนตรวจรักษา	16.30	1.08	11.01	1.28	17.243	.000
2. การให้บริการระยะรอตรวจรักษา	26.99	2.15	16.83	1.63	20.557	.000
3. การให้บริการขณะตรวจ	7.26	0.71	5.43	0.663	10.223	.000
4. การให้บริการหลังตรวจรักษา	11.67	0.86	7.66	1.35	13.636	.000
รวม	62.23	2.30	40.95	2.28	35.882	.000

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการผู้รับบริการคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การจัดการแบบลีนพบว่า มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการผู้รับบริการคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการแบบสลับ

คุณภาพบริการ	กลุ่มทดลอง						t	p-value
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม				
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
1. ความเป็นรูปธรรมในการบริการ	3.76	0.24	มาก	4.32	0.47	มาก	-5.649	.000
2. ความน่าเชื่อถือในการบริการ	3.68	0.38	มาก	4.01	0.45	มาก	-4.252	.000
3. การตอบสนองความคาดหวัง ของผู้รับบริการ	3.70	0.31	มาก	4.25	0.57	มาก	-4.363	.000๗
4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับผู้บริการ	3.80	0.28	มาก	4.34	0.55	มาก	-5.051	.000
5. การดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการ	3.59	0.21	มาก	4.21	0.54	มาก	-6.200	.000
รวม	3.71	0.15	มาก	4.23	0.47	มาก	-6.170	.000

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการผู้รับบริการคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการแบบสลับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าคุณภาพบริการของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการแบบสลับระหว่าง กลุ่มควบคุม ($n_1 = 30$) และกลุ่มทดลอง ($n_2 = 30$) จำแนกรายด้าน

คุณภาพบริการ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
1. ความเป็นรูปธรรมในการบริการ	3.75	.257	มาก	4.32	.474	มาก	-5.804	.000
2. ความน่าเชื่อถือในการบริการ	3.65	.344	มาก	4.16	.629	มาก	-3.900	.000
3. การตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ	3.72	.227	มาก	4.25	.571	มาก	-4.594	.000
4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	3.77	.294	มาก	4.34	.550	มาก	-4.974	.000
5. การดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการ	3.60	.234	มาก	4.19	.547	มาก	-5.340	.000
รวม	3.70	.148	มาก	4.25	.515	มาก	-5.640	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คือ ระยะเวลาอคอยของผู้รับบริการหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับ น้อยกว่าระยะเวลาอคอยของผู้รับบริการก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาอคอยของผู้รับบริการหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับน้อยกว่าระยะเวลาอคอย

ของผู้รับบริการก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการแบบสลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอภิปรายได้ว่า กระบวนการจัดการแบบสลับโดยเริ่มตั้งแต่การระบุคุณค่าโดยวิเคราะห์กระบวนการทำงาน เขียนแผนผังสายธารคุณค่า วิเคราะห์การไหลของงานทำให้พบว่า มีการติดขัดในขั้นตอนอยู่ 3 ขั้นตอน 19 กิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยและทีมได้จัดกระบวนการทำงานให้ไหลลื่นโดยเฉพาะในกิจกรรมขั้นที่ 2 ได้นำดิจิทัลเข้ามาช่วยในรูปแบบคิวอาร์โค้ด ซึ่งเดิมใช้แบบ

แจกแผ่นพับ ซึ่งพบว่า ทำให้เกิดความสับสนเปล่า ซึ่งเมื่อนำการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยทำให้เกิดการไหลลื่นในกิจกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ผู้วิจัยยังตั้งระบบโดยปรับขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ในขั้นตอนที่ 1) การให้บริการก่อนการตรวจโดยคัดในส่วนของการเตรียมใบบันทึกการตรวจรักษา ขั้นตอนที่ 2) การให้บริการขณะรอตรวจรักษาตัดในส่วนของกิจกรรมการตรวจสอบประวัติการรักษาของผู้ป่วยเก่าที่มาตรวจตามนัด และได้ปรับในกิจกรรมการสอนสุขศึกษา ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดแบบลีนมาปรับกระบวนการทำงานใหม่โดยนำข้อมูลและกิจกรรมที่ใช้ในการสอนสุขศึกษาจัดทำในรูปแบบวิดีโอ สุขศึกษาเรื่อง อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตการชะลอไตเสื่อมและสามารถเปิดดูข้อมูลผ่านระบบคิวอาร์โค้ด นอกจากนี้การเก็บข้อมูลผ่านระบบคิวอาร์โค้ดในโทรศัพท์มือถือ ทำให้สะดวกสำหรับผู้รับบริการและง่ายในการทำ ความเข้าใจ อีกทั้งการให้ความรู้ในรูปแบบการผ่านระบบคิวอาร์โค้ด ทำให้เกิดการดึงดูดความสนใจ เข้าถึงได้ง่าย และรวดเร็วแตกต่างจากรูปแบบเดิมที่พยาบาลต้องสอนสุขศึกษาโดยใช้แผ่นพับประกอบ ต้องใช้เวลานานในการอธิบาย เนื่องจากผู้รับบริการต้องอ่านให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาและแผ่นพับไม่ดึงดูดความสนใจ และ ขั้นตอนที่ 4) ขั้นตอนหลังตรวจรักษา ในส่วนกิจกรรมการสแกนใบบันทึกการตรวจรักษาทำให้ผู้รับบริการต้องรอนาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาผลของการใช้แนวคิดแบบลีนในการศึกษาระยะเวลาที่มารับบริการของหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้อง หอผู้ป่วยโรคไตสำนึการวราษฎร์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ระยะเวลาการมารับบริการลดลงจากเดิมที่ใช้ เวลา 377.71 นาที ลดลงเหลือ 209.8 นาที และลดขั้นตอนการให้บริการจากเดิม 17 ขั้นตอนลดลงเหลือ 14 ขั้นตอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁶ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ประยุกต์แนวคิดลีนกับภาคบริการทางการแพทย์เพื่อลดความสูญเปล่าของระบบกรณีศึกษาแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลตติยภูมิพบว่า สามารถลดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการทางการแพทย์ทั้งผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยนัด และผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยไม่ตรงนัด โดยผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยนัด สามารถลดขั้นตอนจาก 3 ขั้นตอน เหลือ 2 ขั้นตอนระยะเวลาในการให้บริการทางการแพทย์ลดลงจากเดิมใช้เวลา 310 นาที ลดเหลือ 190 นาที และผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยไม่ตรงนัด สามารถลดขั้นตอนจาก 8 ขั้นตอน เหลือ 6 ขั้นตอนระยะเวลาในการให้บริการทางการแพทย์ลดลงจากเดิมใช้เวลา 770 นาที ลดเหลือ 530 นาที อีกทั้งยังสามารถให้บริการผู้ป่วย

ได้เพิ่มขึ้นจาก 24 คน เป็น 50 คนต่อวัน ส่งผลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพภาคบริการทางการแพทย์ให้ดียิ่งขึ้น⁷

สมมติฐานที่ 2 คือ คุณภาพบริการในคลินิกโรคไตหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนมากกว่าคุณภาพบริการคลินิกโรคไตก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีน

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพบริการก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการแบบลีนมีค่าเฉลี่ยมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนสามารถพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกได้ เนื่องจากในกระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในคลินิกโรคไต ก่อนการใช้โปรแกรมการแบบลีนยังไม่มี การลดขั้นตอนในขณะรอตรวจรักษา ในส่วนกิจกรรมของการสอนสุขศึกษา ซึ่งมีเพียงการอธิบายและแจกแผ่นพับให้ผู้รับบริการกลับไปอ่านเพิ่มเติมด้วยตนเอง อีกทั้งพยาบาลที่อยู่ ณ จุดขณะรอตรวจรักษาในขั้นตอนสอนสุขศึกษา จะมีความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับโรคไต และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเพื่อชะลอไตเสื่อม แตกต่างกัน ดังนั้นการจัดทำ การสอนสุขศึกษาในรูปแบบวิดีโอ ผ่านระบบคิวอาร์โค้ด ทำให้ตอบสนองของผู้รับบริการในด้านความเป็นรูปธรรม ความสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงสื่อได้ง่าย และดึงดูดความสนใจ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการประยุกต์ใช้ Lean Six Sigma ในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์สามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม จากการศึกษาพบว่า การประยุกต์ใช้ Lean Six Sigma พบว่า ในส่วนผู้ให้บริการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการหลังประยุกต์ใช้ Lean Six Sigma ความพึงพอใจในคุณภาพการบริการด้านการบริหารจัดการมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 93.26$, $SD = 9.512$) รองลงมาด้านการปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 77.65$, $SD = 8.60$) และจากการสำรวจระดับความพึงพอใจคุณภาพการบริการที่มีต่อการนำมาแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก⁸

สมมติฐานที่ 3 คือ ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนน้อยกว่าระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการแบบเดิมซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การใช้โปรแกรมการจัดการแบบลีนสามารถกำจัดความสูญเปล่าออกจากระบบงานที่ทำอยู่

ในปัจจุบันอาจเป็นเรื่องของเวลา วัสดุ สถานที่ เปลี่ยน ความสูญเสียไปให้กลายเป็นคุณค่าในงานที่ทำ โดยผู้วิจัย ได้จัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษา การให้ดูวิดีโอสุขศึกษา เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัด ทดแทนไตการชะลอไตเสื่อม ในรูปแบบคิวอาร์โค้ด นอกจากนี้ มีการยกเลิกขั้นตอนอื่น ๆ คือ ขั้นตอนที่ 1) ขั้นตอนก่อน ตรวจรักษา ในส่วนของการเตรียมบันทึกการตรวจการรักษ การบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาในใบนัด ขั้นตอนที่ 2) ขั้นตอน ขณะรอตรวจ ในส่วนการตรวจสอบประวัติการรักษาของผู้ป่วยเก่าที่มาตรวจตามนัด ขั้นตอนที่ 4) ขั้นตอนหลังตรวจรักษา ในส่วนการสแกนใบบันทึกการตรวจรักษา โดยสรุปสามารถลด ขั้นตอนการบริการแบบเดิม 19 กิจกรรม เหลือ 15 กิจกรรม ซึ่งไม่เกิดผลเสียกับผู้รับบริการ มีผลทำให้ระยะเวลารอคอย ของผู้รับบริการลดลงจากก่อนใช้โปรแกรมการจัดการแบบลิ้น ซึ่งเดิมใช้เวลา 62.40 นาที 19 กิจกรรม ลดเหลือ 40.96 นาที 15 กิจกรรม ลดลง 21.44 นาที 4 กิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงาน วิจัยที่ได้ประยุกต์แนวคิดลิ้นกับภาคบริการทางการแพทย์เพื่อ ลดความสูญเสียของระบบกรณีศึกษา แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลตติยภูมิที่พบว่าสามารถลดขั้นตอนและเวลาการให้ บริการทางการแพทย์ทั้ง 2 ประเภท คือ 1) ผู้ป่วยเก่า/ผู้ป่วยนัด จาก 3 ขั้นตอน เหลือ 2 ขั้นตอนเดิมใช้เวลา 310 นาที ลดเหลือ 190 นาที 2) ผู้ป่วยใหม่/ไม่ตรงนัด เหลือ 6 ขั้นตอน เดิมใช้เวลา 170 นาที ลดเหลือ 530 นาที อีกทั้งยังสามารถให้บริการคนไข้ ได้เพิ่มขึ้นจาก 24 คน เป็น 50 คนต่อวัน ส่งผลให้สามารถเพิ่ม ประสิทธิภาพ ภาคบริการทางการแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น⁷ และ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้แนวคิดแบบลิ้นมาปรับปรุงการรอ เติงและเวลารอผลเลือด โดยโปรแกรม Priority Admission Triage (PAT) และการใช้การตรวจเลือด Troponin-T ที่มีความ ไวสูง เปรียบเทียบเวลารอตรวจเลือด เวลารอปรึกษา เวลาผล เลือด เวลารอเข้ารับการรักษา และระยะเวลาพักรักษา พบว่า ขั้นตอนที่ใช้เวลานานที่สุดคือเข้ารับการรอเตียง ($\bar{X} = 38.24$, $SD = 66.35$) และผลการตรวจเลือด ($\bar{X} = 52.73$, $SD = 24.03$) เวลาในการรอแยกประเภทผู้ป่วยและเวลาสิ้นสุดการรอให้ คำปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เวลารอเข้าหอผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดลงจาก 54.76 นาที เป็น 24.45 นาที หลังจากใช้โปรแกรม PAT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁹

สมมติฐานที่ 4 คือ คุณภาพบริการในคลินิกโรคไต กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการจัดการแบบลิ้นมากกว่า คุณภาพบริการคลินิกโรคไตกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการแบบเดิม

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการ จัดการแบบลิ้นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการ ($\bar{X} = 4.25$, $SD = .515$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 3.70$, $SD = .148$) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อภิปรายได้ว่า การที่ผู้วิจัยนำ โปรแกรมการจัดการแบบลิ้นมาใช้ลดความสูญเสียในแต่ละ ขั้นตอนโดยเฉพาะขั้นตอนที่ 2) ขั้นตอนขณะรอตรวจในส่วน ของการสอนสุขศึกษาเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยผู้วิจัยได้จัดกระบวนการ ทำงานให้ไหลลื่นโดยปรับเปลี่ยนรูปแบบการสอนสุขศึกษา จากแบบเดิมแจกแผ่นพับ โดยใช้คิวอาร์โค้ดทำให้ผู้รับบริการ สามารถเปิดดูได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว นอกจากนี้ยังดึงระบบ (pull system) โดยปรับขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกจากระบบใน ขั้นตอนที่ 4) ขั้นตอนหลังตรวจรักษา ในส่วนการสแกนใบบันทึก การตรวจรักษาออกไป ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ต่อคุณภาพของการบริการมากกว่าการใช้การบริการแบบเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยของ¹⁰ ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการบริการ คลินิกเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลิ้น โรงพยาบาล ศูนย์ เจ้าพระยา จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในคุณภาพบริการรูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นสูงกว่า รูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถ นำโปรแกรมการจัดการแบบลิ้นที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ เพื่อลดระยะเวลารอคอยการให้บริการของ ผู้รับบริการและเพิ่มคุณภาพบริการ รวมทั้งสามารถขยายผล ไปใช้ในหน่วยงานพิเศษต่าง ๆ ในแผนกผู้ป่วยนอก

2) ด้านการศึกษา โปรแกรมการจัดการแบบลิ้น สามารถเป็นแนวทางในการวิจัยการออกแบบงานในโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป หรือหอผู้ป่วยใน เป็นต้น

3) ด้านการปฏิบัติงาน สามารถนำโปรแกรมการ จัดการแบบลิ้นไปใช้กับผู้รับบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มคุณภาพบริการให้เกิด ประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการแบบลิ้นที่ส่งเสริม ให้เกิดการบริการที่เป็นเลิศในด้านอื่น ๆ และนำไปใช้ประยุกต์ ให้เกิดประโยชน์อย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยนอกที่มีผลต่อคุณภาพบริการของผู้รับบริการ

2) ควรมีการศึกษากิจกรรมอื่น ๆ เพื่อลดการรับรู้
ช่วงเวลาแห่งการรอคอยของผู้รับบริการให้มีความเหมาะสม
กับหน่วยงาน ที่จะส่งผลต่อคุณภาพบริการของผู้รับบริการ

References

1. Omkar M, & Sudha P. Reducing Waiting Time in Outpatient Services: Six Sigma Approach. The International Journal of Business & Management.2016;4(8):280-91.
2. Parsu P, Valarie A. Z, & Leonard L B. Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL). Journal of Marketing.1985;49(4):41-50.
3. James P W, & Daniel T J. Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation. London: Free.2003;48(11):1144-50.
4. Peter S, Scott S, David R, Catherine M, Eric D C. Using lean methodology to improve productivity in a hospital oncology pharmacy. Am J Health Syst Pharm. 2014 Sep 1;71(17): 1491-8. doi: 10.2146/ajhp130436. PMID: 25147174.
5. Sumaira S. Factors Associated Patient Waiting Time at Outpatient Department in Allied Hospital Faisalabad. Journal of Biology, Agriculture and Healthcare.2017;7(17):14-20.
6. Paphataya N, Piyathida T, Wongdyan P, Suchai S. Effects of lean thinking implementation to service time at peritoneal dialysis sa-ngenilwarangur, Siriraj Hospital Kuakarun Journal of Nursing.2016;23(2):104-19. (in Thai)
7. Uraiwan W. Implementation of Lean Concept in Healthcare Service Sector for Reducing Waste System: A Case Study of Radiotherapy Department Tertiary Hospital. Naresuan University Journal: Science and Technology. 2016;24(3):75-85. (in Thai)
8. Manasda K. Application of Lean Six Sigma in Outpatient Department of Samakkee Primary Care Unit, Mahasarakham Hospital. Mahasarakham Hospital Journal.2019;16(3): 109-15. (in Thai)
9. Chan H, Lo S, Lee L, Lo W, Yu W, Ho S, Yeung R, Chan J. Lean techniques for the improvement of patients' flow in emergency department. World J Emerg Med. 2014;5(1):24-8. doi: 10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2014.01.004
10. Puntipa P, Aree C, Penjun S. The Development of a Diabetic Clinic Service Model by Applying Lean Concept at Chaoprayayomraj Regional Hospital, Suphan Buri Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2017;18(1):28-9. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

Predictive Factors of Resilience among Older Adults with Major Depressive Disorder During Covid-19 Pandemic

ศิริรัฐ โนนใหญ่¹ รังสิมันต์ สุนทรไชยา*¹ สารรัตน์ วุฒิอาภา²

Sirirat Nonyai¹ Rangsiman Soonthornchaiya*¹ Sararad Vuthiarpa²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

¹Faculty of Nursing Thammasat University, Pathumthani Thailand 12121

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต ปทุมธานี ประเทศไทย 12160

²Faculty of Nursing Rattana Bundit University, Pathumthani Thailand 12160

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 137 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย 3) แบบประเมินความเครียด 4) แบบประเมินความวิตกกังวลผู้สูงอายุ 5) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว 6) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และ 7) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินชุดที่ 2-7 มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91, .79, .87, .91, .95, และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบสูงสุดกับความเข้มแข็งทางใจ ($r = -.467, p < .01$) รองลงมา ได้แก่ อาการซึมเศร้า ($r = -.428, p < .01$) และความเครียด ($r = -.409, p < .01$) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดกับความเข้มแข็งทางใจ ($r = .399, p < .01$) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .340, p < .01$) ปัจจัยอาการซึมเศร้า และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 47.3

ข้อเสนอแนะ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค และการสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งลดอาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลนำมาสู่การเพิ่มความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งทางใจ, ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า, โรคโควิด-19

Abstract

This objective of predictive correlation research was aimed at examining predictive factors of resilience among older adults with major depressive disorder during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Samples were 137 older adults with major depressive disorder who were treated at the psychiatric outpatient clinic of the hospitals. Multi-stage random sampling technique was used. Seven instruments were used to

Corresponding author: *E-mail: srangsiman@yahoo.com

วันที่รับ (received) 27 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 17 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 30 ธ.ค. 2566

collect data: 1) demographic questionnaire; 2) Depressive Symptom Inventory for Thai Older Persons with depressive disorders; 3) Stress Test Questionnaire; 4) Geriatric Anxiety Scale; 5) Family Support Scale; 6) COVID-19 Preventive Health Behaviors Questionnaire; and 7) Connor-Davidson Resilience Scale (Thai version). For the instruments 2-7, Cronbach's alpha coefficient reliability was .91, .79, .87, .91, .95, .91 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, and multiple linear regression analysis.

Results were as the following: Anxiety had the highest statistically significant negative correlation with sample resilience ($r = -.467$, $p < .01$), followed by depressive symptoms ($r = -.428$, $p < .01$), stress ($r = -.409$, $p < .01$). COVID-19 preventive health behavior had the highest statistically significant positive correlation with resilience ($r = -.399$, $p < .01$), followed by family support ($r = .340$, $p < .01$). Two factors of depressive symptoms and COVID-19 preventive health behavior could account for predicting resilience at 47.3%

Recommendations: To promote preventive health behavior and family support; as well as to decrease depressive symptoms, stress, and anxiety would increase resilience among older adults with major depressive disorder.

Keywords: Resilience, Older adults with depressive disorder, COVID-19

บทนำ

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการแพร่ระบาดทั่วโลกทำให้เกิดอาการในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ประชาชนในหลายประเทศทั่วโลกต้องเผชิญกับผลกระทบในระบบการดูแลสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม จากรายงานการติดเชื้อรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตจากประเทศจีน พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยเฉพาะในบุคคลกลุ่มอายุ 50-64 ปี, 65-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป พบการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ร้อยละ 19.8, 43.2 และ 81.3 ตามลำดับ รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตของบุคคลกลุ่มอายุดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.2, 4.5 และ 18.8 ตามลำดับ¹ และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ² และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตจนกระทั่งการทำร้ายตัวเอง หรือเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ³ สถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2563 จากสถิติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ติดเชื้อในประเทศไทย 6,879 ราย เป็นผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 7.9 ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิต ร้อยละ 5.3 จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง

จำนวน 97,329 ราย เกิดภาวะความเครียด ร้อยละ 2.2 มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.1 ในเดือนพฤษภาคม เป็นร้อยละ 1.3 ในเดือนสิงหาคม และเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งเป็นร้อยละ 1.1 ในเดือนธันวาคม เมื่อมีการแพร่ระบาดอีกครั้ง⁴ สอดคล้องกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติของประเทศไทย โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ผู้สูงอายุไทยได้รับผลกระทบด้านสุขภาพช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คือ มีความวิตกกังวล ร้อยละ 57.2 ไม่อยากอาหาร ร้อยละ 47.3 รู้สึกเหงา 25.0 และไม่มีความสุข ร้อยละ 23.35 การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และเผชิญกับภาวะโรคระบาดทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการช่วยเหลือ ปัญหาการปรับตัว การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดไม่สะดวก ปัญหาการเงิน และการทำกิจกรรมน้อยลง⁶ เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ความวิตกกังวลว่าตนเองหรือบุคคลในครอบครัวอาจติดเชื้อไวรัส ป่วย และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และกังวลเกี่ยวกับมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และความรู้เข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคระบาดทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจลดลง⁷

ปัจจัยทำนายความความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยทำนายเชิงบวกของสุขภาพจิต⁸ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เนื่องจากความเครียดและวิตกกังวลสามารถทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง รวมทั้งส่งผลต่อสมรรถภาพในการทำงานลดลง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง และความท้าทายในการสร้างความสำเร็จในชีวิตอาจสูญเสียไป ทำให้มีปัญหาเรื่องสัมพันธภาพและความสุขในชีวิต รู้สึกเหงาและซึมเศร้า เครียด กลัว ในขณะที่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว^{9,10} และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของบุคคล ทำให้มีความสุขมั่นใจ และสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี แสดงให้เห็นว่า อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 น่าจะสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยป้องกันผลกระทบด้านลบของสุขภาพจิตในวิกฤตการณ์การระบาดของโรคนี้¹¹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกัน ส่งเสริม และการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีความเข้มแข็งทางใจ สามารถดำเนินชีวิตผ่านภาวะวิกฤตโรคระบาด ปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ และมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากับอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางครอบครัว และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ คือ แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) อธิบายว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของบุคคลในการรับมือกับปฏิกิริยาความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในสถานการณ์ของชีวิตที่แตกต่างกัน เป็นศักยภาพของบุคคลในการปกป้องตนเองให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต โดยได้รับ

ผลกระทบหรือความเสียหายน้อยที่สุด¹² ความเข้มแข็งทางใจเป็นลักษณะทางจิตวิทยาที่ส่งเสริมการปรับตัวในเชิงบวกเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก บุคคลจะปรับร่างกาย จิตใจให้เข้ากับสถานการณ์ในชีวิตปัจจุบัน ภายใต้องค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ คือ 1) สมรรถนะส่วนบุคคล มาตรฐานระดับสูง และการยืดหยุ่น 2) ความไว้วางใจในสัญชาตญาณ ความอดทนต่อผลกระทบด้านลบ และการเสริมสร้างผลกระทบจากความเครียด 3) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และความสัมพันธ์ที่มั่นคง 4) การควบคุม และ 5) จิตวิญญาณ¹² จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ อาการซึมเศร้า อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 จึงได้นำตัวแปรเหล่านี้มาทำนายความเข้มแข็งทางใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) กลุ่มรหัสโรค คือ F32.0-F33.9 ที่มารับบริการคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ อย่างละ 1 แห่ง จำนวน 137 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป มีค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = .098 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย มีอาการซึมเศร้าระหว่าง 7-18 คะแนน ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยแบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย มีประวัติความเกี่ยวข้องกับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อย่างน้อย 1 ข้อ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 9 คะแนนขึ้นไป ประเมินโดยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ มีอาการของโรคประจำตัว เหนื่อยแตก ใจสั่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบประเมินทั้งหมด 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย¹³ จำนวน 16 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งระดับคะแนนตามความรุนแรงและความถี่ การแปลผล 10-19 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเล็กน้อย 20-29 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าปานกลาง 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ จาก 0 คะแนน เท่ากับ แทบไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง ถึง 3 คะแนน เท่ากับ เป็นประจำมีอาการเกิดขึ้นทุกวัน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น¹⁴ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (0-3 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว¹⁵ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ¹⁶ จำนวน 24 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ¹⁷ เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจฉบับภาษาไทย จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (0-4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) ส่วนที่ 1-5 ส่วนที่ 7 เท่ากับ 1.00 และ ส่วนที่ 6 เท่ากับ .986 จากนั้นนำไปทดลองใช้ จำนวน 30 คนในกลุ่มที่คล้ายคลึงกัน นำคะแนนที่ได้ ไป

วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย เท่ากับ .91 แบบประเมินความเครียดเท่ากับ .79 แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นเท่ากับ .87 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวเท่ากับ .91 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ .95 และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA 150/2565 รับรองเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2566 โดยชี้แจงสิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โดยมีการชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในการทำ การศึกษา อธิบายแบบประเมิน มีผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินการสัมภาษณ์และกรอกแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ตรวจสอบการกระจายปกติของข้อมูลพบว่า ตัวแปรตามมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบปกติ และยอมรับตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pear's correlation) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.7 อายุต่ำกว่า 69 ปี ร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.5 ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 85.4 โรคประจำตัว ร้อยละ 63.5

ผลของระดับอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 29.09$, $SD = 22.11$) ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.13$, $SD = 3.23$) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ($M = 8.92$, $SD = 6.06$) การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 41.70$, $SD = 10.42$) พฤติกรรมการ

ป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดี ($M = 92.81$, $SD = 15.35$) และความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำ ($M = 26.47$, $SD = 7.54$)

ความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากับอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับความวิตกกังวล ($r = -.467$, $p\text{-value} < .01$) อาการซึมเศร้า ($r = -.428$, $p\text{-value} < .01$) และอาการเครียด ($r = -.409$, $p\text{-value} < .01$) ตามลำดับ และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .340$, $p\text{-value} < .01$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = .399$, $p\text{-value} < .01$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากับอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($n = 137$)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อาการซึมเศร้า	-.428	.01	ปานกลาง
ความเครียด	-.409	.01	ปานกลาง
ความวิตกกังวล	-.467	.01	ปานกลาง
การสนับสนุนจากครอบครัว	.340	.01	ค่อนข้างน้อย
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	.399	.01	ค่อนข้างน้อย

การวิเคราะห์ถดถอยต่อการทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($\beta = .46$, $p = .000$) และปัจจัยอาการซึมเศร้า ($\beta = -.35$,

$p = .002$) ร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 47.3 ($R^2 = .473$, $F = 23.67$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยต่อการทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ($n = 137$)

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	t	p-value
Constant	9.46		3.02	.003
อาการซึมเศร้า	-.11	-.35	-3.19	.002
ความเครียด	-.19	-.08	-.72	.470
ความวิตกกังวล	-.24	-.19	-1.74	.084
การสนับสนุนจากครอบครัว	.06	.08	1.13	.262
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	.23	.46	6.19	.000

$R^2 = .473$, Adjusted $R^2 = .45$, $F = 23.67$, $P\text{-value} = .000$

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อาการซึมเศร้า โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 47.3 ปัจจัยที่ทำนายได้ดีที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($\beta = .46, p < .001$) รองลงมา ได้แก่ อาการซึมเศร้า ($\beta = -.35, p = .002$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นการกระทำที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ เช่น การล้างมือบ่อยๆ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ ภายหลังการสัมผัสสิ่งของต่างๆ การใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้เป็น การปกป้องสุขภาพร่างกาย¹⁸ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ($M = 92.81, SD = 15.35$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการยอมรับและปรับตัวต่อสถานการณ์โรคระบาดได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การได้รับวัคซีน ($\beta = .21, p < .001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพจิต ($\beta = .25, p < .001$) และความปลอดภัยจากการใส่หน้ากากอนามัย ($\beta = .19, p < .001$) เป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ร้อยละ 7, 12, 19 ตามลำดับ¹⁹ การศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง เมื่อเผชิญสถานการณ์โรคโควิด-19 ความสามารถในการรับมือกับโรคซึมเศร้าหรือความทนต่ออาการซึมเศร้ามลดลง จึงส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งทางใจต่ำ ($M = 26.47, SD = 7.54$) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายมิติต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่เผชิญกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า อาการซึมเศร้าทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ ($\beta = -.15, p < .01$) โดยอาการซึมเศร่าระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจระดับสูง²⁰ ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความเครียด มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจท่ามกลางการระบาดของโควิด-19 พบว่า ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในช่วงโควิด-19²¹ ความเข้มแข็งทางใจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรับมือกับความเครียดในช่วง COVID-19 การระบาดใหญ่ ซึ่งพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ²² สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

หากบุคคลมีความเข้มแข็งทางใจน้อยกว่าก็จะแสดงความวิตกกังวลต่อการรับมือกับความท้าทายทางอารมณ์ในสถานการณ์โควิด-19 มากขึ้น ในการกลับกันหากบุคคลมีความเข้มแข็งทางใจที่สูงจะมีสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่ต่ำ²³

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย

ด้านนโยบาย ควรกำหนดแผนด้านการสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่อื่นๆ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้า เพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรค ให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าช่วงระบาดโรคโควิด-19

ด้านวิชาการ เผยแพร่ความรู้ในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

ควรเพิ่มขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ในเขตอื่นๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น

References

1. Niu S, Tian S, Lou J, Kang X, Zhang L, Lian H, Zhang J. Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. Archives of Gerontology and Geriatrics 2020;89(1): 104058.
2. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International journal of environmental research and public health 2020;17(5): 1-25.

3. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. The lancet public health 2020;5(5): e256.
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the thai elderly 2020. Nakhon Pathom: Institute for population and social research mahidol university; 2021. (in Thai).
5. Phothisiri W, Buathong T, Bangkaew B. The impact of COVID-19 on older Persons in thailand. Bangkok: Chulalongkorn university printing house; 2021. (in Thai).
6. Kar, N. Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. Journal of Geriatric Care and Research (JGCR) 2020;7(1): 32-5.
7. Pearman A, Hughes ML, Smith EL, Neupert SD. Age differences in risk and resilience factors in COVID-19-related stress. Journals of gerontology - series b psychological sciences and social sciences 2021;76(2): e38-e44.
8. Kimhi S, Eshel Y, Marciano H, Adini B. Distress and resilience in the days of COVID-19: Comparing two ethnicities. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17(11): 1-11.
9. Burke-Garcia A, Johnson-Turbes A, Mitchell EW, et al. How Right Now ? Supporting Mental Health and Resilience Amid COVID-19. Traumatology 2021;27(4):399-412.
10. Waelveerakup W, Suwannasarn K, Pasuwan D. Quality of life of Older Persons During the Second Wave of the COVID-19 Pandemic in Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023;24(2):76-87. (in Thai).
11. Li F, Luo S, Mu W, Li Y, Ye L, Zheng X, et al. Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. Biomedcentral Psychiatry 2021;21(1):1-14.
12. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The connor-davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and Anxiety 2003;18(2): 76-82.
13. Soonthornchaiya R, Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Wisetrit W, Sukhawaha S, Leejongpermpool J. The development and construct validity testing of depressive symptom inventory for thai older persons with depressive disorders. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2018;32(2): 100-12. (in Thai).
14. Phongphanngam S, Phromkaewngam S, Chantawang S, Nawai A, Yottavee W. Thai Geriatric Anxiety Scale: Psychometric Properties of the Ten-item Short Form (Thai GAS-10). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2021;8(3): 61-71. (in Thai).
15. Nakwijit S. Psycho-social factor related to self-care behavior and happiness of the senior citizen club members in the hospitals under medical service department. [Master's Thesis, Applied behavioral science research]. srinakharinwirot university; 2008. (in Thai).
16. Maneein N, Duangchinda A. Perceived Self-Efficacy and Preventive Health Behaviors with Coronavirus Disease 2019 among the Elderly in U-Thong District, Suphan Buri Province. Journal of council of community public health 2021;3(2): 1-18. (in Thai).

17. Vongsirimas N., Thanoi W., & Yobas PK. Evaluating Psychometric Properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) among University Students in Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand* 2017;35(3): 25-35.
18. Wise T, Zbozinek TD, Michelini G, Hagan CC, Mobbs D. Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *Royal Society Open Science* 2020;7(9): 1-13.
19. Álvarez MA, Pinto NS. Experiential COVID-19 factors predicting resilience among Spanish adults. *Biomedcentral Psychol* 2023;11(1):1-10.
20. Perez-Rojo G, López J, Noriega C, et al. A multidimensional approach to the resilience in older adults despite COVID-19. *Biomedcentral Geriatr* 2022;22(1): 1-7.
21. Lee K, Jeong GC, Yim J. Consideration of the Psychological and Mental Health of the Elderly during COVID-19: A Theoretical Review. *International journal of environmental research and public health* 2020;17(21): 1-11.
22. Vannini P, Gagliardi GP, Kuppe M, et al. Stress, resilience, and coping strategies in a sample of community-dwelling older adults during COVID-19. *Journal of psychiatric research* 2021;138(1):176-85.
23. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Dailey NS. Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry research* 2020;290(1): 1-2.

ปัจจัยทำนายความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุ ณ ห้องฉุกเฉิน

Factors Predicting the Accuracy of Triage in Elderly Patients at Emergency Department

สุพรรณิ เข้าขุน** ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์* วลัยลดา ฉันทเรืองวนิชย์

Suphunnee Haowchun** Sarinrut Sriprasong* Wallada Chanruangvanich

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkoknoi, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง การทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิดบกพร่อง และภาระงานของพยาบาลต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จำนวน 500 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความถูกต้องของการคัดแยก แบบประเมินอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ และแบบประเมินภาระงานของพยาบาล ความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ได้ 0.84, 0.95 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติกแบบทวี

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการคัดแยกถูกต้องร้อยละ 65.4 โดยพบอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงร้อยละ 31.8 การหาอำนาจการทำนายพบว่า อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงสามารถทำนายความถูกต้องของการคัดแยกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงได้รับการคัดแยกถูกต้องน้อยกว่าผู้ที่มีอาการแสดงเฉพาะเจาะจงร้อยละ 39.1 (OR = .609; 95%CI = .411, .903, p = .014) ดังนั้น ควรส่งเสริมให้พยาบาลเรียนรู้อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้คัดแยกผู้ป่วยสูงอายุได้ถูกต้อง

คำสำคัญ: ความถูกต้องในการคัดแยก, ผู้ป่วยสูงอายุ, ห้องฉุกเฉิน, อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง

Abstract

This study was the predictive correlation of atypical presentation, activity of daily living, cognitive impairment and nursing workload on the accuracy of triage in 500 elderly patients at emergency department of a tertiary hospital in Bangkok. Participants were selected by purposive sampling. Data were collected by demographic data record form, the accuracy triage form, atypical presentation assessment, Barthel Activities of Daily Living Index, six item cognitive impairment test, and nursing workload record form. The reliability of the atypical presentation assessment, Barthel Activities of Daily Living Index, six item cognitive impairment test were 0.84, 0.95, and 0.91, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and binary logistic regression.

Corresponding author : *E-mail: sarinrut.sri@mahidol.ac.th

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วันที่รับ (received) 17 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.ค. 2566

The results showed 65.4% of the accuracy of triage among elderly patients. About 31.8% of elderly patients had atypical presentation. From the analyzing predictive power, atypical presentation was predicted statistically significant the accuracy triage. Elderly patients who had atypical presentation had a 39.1% lower accuracy triage than those who had typical presentation (OR = .609; 95%CI = .411, .903, $p = .014$). The result suggested that nurses should be encouraged to learn about atypical symptoms to enable triage accuracy in elderly patients.

Keywords: triage accuracy, elderly patients, emergency department, atypical presentation

บทนำ

ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากสถิติประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2014 – 2017 พบผู้ป่วยร้อยละ 20 ที่มารับบริการฉุกเฉินเป็นผู้สูงอายุ และมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น คือ จาก 34 ครั้งต่อ 100 คนในอายุ 60-69 ปี เป็น 86 ครั้งต่อ 100 คนในอายุ 90 ปีขึ้นไป¹ ประเทศไทย มีผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน โดยเฉลี่ยอาจมากกว่า 5-8 ครั้ง/ปี/คน² ลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ คือ มักมีหลายโรคในเวลาเดียวกัน³ จึงมีความยากในการประเมินและซักประวัติ อาจทำให้เกิดการคัดแยกผิดพลาดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสถูกคัดแยกผิดพลาดมากกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ 1.009 เท่า⁴ โดยถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) ร้อยละ 22.54 และสูงกว่าเกณฑ์ (Over triage) ร้อยละ 2.89⁵ และผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ 2.43 เท่า ($p < .05$) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่⁶ และผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปที่มีความรุนแรงปานกลางถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ 1.50 เท่า ($p < .001$) และผู้ที่มีความรุนแรงน้อยถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ 2.20 เท่า ($p < .05$) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ที่มีความรุนแรงมากถูกคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 63 ($p < .001$) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่⁷ ซึ่งการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า⁸ ต้องรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผลการพิเศษเพิ่มเติมและมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง⁷ และการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ทำให้ผู้ป่วยที่รุนแรงกว่าเสียโอกาสได้รับการรักษา มีผลต่อการจัดสรรทรัพยากรและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ⁸ ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุดังกล่าว

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย คือ กรอบแนวคิด

บทบาทพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ได้อธิบายถึง อิทธิพลของปัจจัยโครงสร้างที่ส่งผลต่อความสามารถของพยาบาลในการคัดแยกระดับความเร่งด่วน ซึ่งเป็นกระบวนการบทบาทอิสระของพยาบาลและส่งผลต่อความถูกต้องในการคัดแยกทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาปัจจัยโครงสร้างที่มีผลต่อความถูกต้องในการคัดแยกประกอบด้วย 1) ลักษณะความเชี่ยวชาญของพยาบาล ได้แก่ ประสบการณ์ทำงาน ประสบการณ์การคัดแยก การอบรมหรือความรู้ในการคัดแยก และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยก^{6, 10, 11, 12} 2) ลักษณะองค์กร ได้แก่ ระยะเวลาในการคัดแยก ความหนาแน่นของผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉิน และระดับของโรงพยาบาล^{10, 11, 12, 13} และ 3) ลักษณะสุขภาพของผู้ป่วยและ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ^{14, 15} แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกผิดพลาดในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง การทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิดบกพร่อง และภาระงานของพยาบาล

อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง เป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน ลักษณะทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงอาการหรืออาการแสดงที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคที่ไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยสูงอายุมีความยากต่อการวินิจฉัย โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 25) มากกว่าผู้ที่มีอาการแสดงเฉพาะเจาะจง (ร้อยละ 22)⁵

การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตด้วยตนเองโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมองและภาวะสมองเสื่อมมีภาวะพึ่งพิงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคนี้¹⁶ จากการวิจัยโดยสัมภาษณ์พยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถอธิบายถึงอาการที่เป็นได้ ทำให้มีความยากในการประเมินและ

ชักประวัติ มีโอกาสถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ ถูกปล่อยให้นั่งรอและไม่ได้รับความสนใจ¹⁷ ซึ่งมีผู้ที่ให้ความสำคัญและนำไปปัจจัยการทำกิจวัตรประจำวันมาพัฒนาแบบประเมินการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุ โดยปรับระดับการคัดแยกให้มีความเร่งด่วนสูงขึ้นอีก 1 ระดับ แต่ไม่ได้ศึกษาความถูกต้องของการคัดแยก¹⁸⁻¹⁹

การรู้คิดบกพร่อง เป็นความผิดปกติการทำงานของสมองในด้านความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ ความสนใจ การคิดตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ทำให้การประเมินและชักประวัติลำบากมีโอกาสดัดแยกผิดพลาดได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีการรู้คิดบกพร่องถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 2.6⁵ มีผู้ที่ให้ความสำคัญได้นำปัจจัยการรู้คิดบกพร่องมาร่วมประเมินระดับการคัดแยกในผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อปรับระดับการคัดแยกให้มีความเร่งด่วนสูงขึ้นอีก 1 ระดับ¹⁸

ภาระงานของพยาบาล เป็นปริมาณงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามลักษณะของหน่วยงาน จำนวนและประเภทของผู้ป่วยภายในช่วงเวลาที่กำหนดตามหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยพยาบาลห้องฉุกเฉินมีภาระงานเฉลี่ยรายวันในการดูแลผู้ป่วยความเร่งด่วนระดับ 1 มากที่สุด เฉลี่ย 6.04 ชั่วโมง²⁰ และการคัดแยก 48 ชั่วโมง²¹ การถูกขัดจังหวะอาจคัดแยกผิดพลาดได้ร้อยละ 3 และมีระยะเวลาคัดแยกนานขึ้นทำให้ผู้ป่วยเข้ารับรักษาล่าช้าร้อยละ 29.9²² นอกจากนี้สัดส่วนพยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คน มีโอกาสปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ 4.8 เท่าของสัดส่วนพยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยมากกว่า 10 คน ($p < .001$)¹¹ และการคัดแยกในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ป่วยมากกว่า 1 คนทุก 15 นาที มีโอกาสดัดแยกผิดพลาด 2.110 เท่า⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสถูกคัดแยกผิดพลาดทั้งต่ำกว่าเกณฑ์และสูงกว่าเกณฑ์ แต่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยก ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับลักษณะของพยาบาลและองค์กร ขณะที่ศึกษาลักษณะของผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 18 ปี ขึ้นไป ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาอำนาจการทำนายของอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง การทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิดบกพร่องและภาระงานของพยาบาลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อนำไปพัฒนาการคัดแยกให้ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ทันเวลาปลอดภัย ไม่เกิดอาการทรุดลงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไป

สู่การเสียชีวิตหรือความพิการได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง การทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิดบกพร่องและภาระงานของพยาบาลต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย

อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง การทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิดบกพร่อง และภาระงานของพยาบาลมีอิทธิพลต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดบทบาทพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยโครงสร้างประกอบด้วยลักษณะของพยาบาล ผู้ป่วย และองค์กรที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของพยาบาลในการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ของผู้ป่วย โดยลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุเป็นปัจจัยโครงสร้างที่แสดงถึงสมรรถภาพทางกายภาพขณะเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง การทำกิจวัตรประจำวัน และการรู้คิดบกพร่อง สำหรับภาระงานของพยาบาลเป็นปัจจัยโครงสร้างในลักษณะองค์กรที่แสดงถึงบริบทสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลต่อการคัดแยกซึ่งเป็นกระบวนการที่พยาบาลมีบทบาทอิสระ โดยการคัดแยกถูกต้องเป็นผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ทั้งชายและหญิงที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเข้ารับรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ

เฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความรุนแรงตัวระดับ 2-5 มีญาติมาด้วย ไม่ถูกส่งต่อมาจากแผนกและโรงพยาบาลอื่น ไม่มีภาวะทางจิตบกพร่อง นอกจากนั้นมีการเก็บข้อมูลในพยาบาลคัดแยกทั้งชายและหญิงที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินเป็นประจำ มีประสบการณ์ทำงานห้องฉุกเฉินมากกว่า 3 ปี และผ่านการอบรมคัดแยกทุกปี (ซึ่งเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความถูกต้องของการคัดแยกและภาระงาน)

คำนวณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุ จากสูตรโดย $n = \frac{10k}{p}$ คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k คือ จำนวนตัวแปรอิสระ (k เท่ากับ 5) และ p คือ สัดส่วนการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจ²³ ซึ่งกำหนดให้เป็นการคัดแยกผิดพลาดแบบต่ำกว่าเกณฑ์เนื่องจาก p มีค่าน้อยที่สุด (p เท่ากับ 0.10)⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

1) **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วย เพศ อายุ บุคคลใกล้ชิดขณะเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติพลัดตกหกล้ม ช่วงเวลาที่มาโรงพยาบาล ผู้นำส่งโรงพยาบาล ความยากในการซักประวัติและการถูกรบกวนขณะคัดแยก

2) **แบบคัดกรองของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช** สำหรับคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มี 5 ระดับความรุนแรงตัว

3) **แบบประเมินความถูกต้องของการคัดแยก** ประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบบันทึกระดับการคัดแยกและข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล 5 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบบันทึกระดับการคัดแยกของผู้วิจัยซึ่งผ่านการตรวจสอบจากแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในขณะนั้น ถ้าพยาบาลคัดแยกให้ระดับความรุนแรงตัวตรงกับผู้วิจัย แปลว่า คัดแยกถูกต้อง แต่ถ้าไม่ตรงกับผู้วิจัย แปลว่า คัดแยกผิดพลาด มี 2 ลักษณะ คือ คัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์และสูงกว่าเกณฑ์

4) **แบบประเมินอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง** มีคำถาม 4 ข้อ โดยอาการสำคัญที่แสดงถึงระบบที่ผิดปกติตรงกับระบบในบันทึกการวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายด้วย ICD-10 แปลว่า มีอาการแสดงเฉพาะเจาะจง แต่ถ้าอาการสำคัญแสดงถึงระบบที่ผิดปกติไม่ตรงกับบันทึกการวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายด้วย ICD-10 แปลว่า มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง

5) **แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)** มี 10 ข้อ โดย 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ 5-11 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง และ 12-20 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

6) **แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ** ฉบับภาษาไทย²⁴ ประกอบด้วย การประเมินสมรรถภาพสมอง 3 ด้าน มี 6 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0-28 คะแนน โดย 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความบกพร่องทางการรู้คิด

7) **แบบประเมินภาระงานของพยาบาล** คำนวณภาระงานการคัดแยกจากสมการ $C = n \times h$ ²¹ ซึ่ง C หมายถึง ภาระงานการคัดแยกโดยเฉลี่ยระยะเวลา 8 ชั่วโมง n หมายถึง จำนวนจุดคัดแยก และ h หมายถึง ระยะเวลาเฉลี่ยของเวลาเริ่มคัดแยกถึงคัดแยกเสร็จ (หน่วยเป็นชั่วโมง) โดยคะแนนมาก หมายถึง มีภาระงานมาก และคะแนนน้อย หมายถึง มีภาระงานน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความถูกต้องของการคัดแยก (Inter-rater reliability) ในผู้ป่วยสูงอายุ 30 ราย โดยเปรียบเทียบการคัดแยกผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมกับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 ทดสอบความตรงด้านเนื้อหา ในแบบประเมินอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้วิจัยสร้างเองได้ 0.9 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ทดสอบ Inter-rater reliability ระหว่างผู้วิจัยกับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้ 0.84 แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ทดสอบความเชื่อมั่นด้วย Test retest method ประเมินห่างกัน 2 วัน ได้ 0.95 และ 0.91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2022/681.2004) เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2565 และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ (หนังสือรับรอง IRB No. 39/65) เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ให้ลงนาม

ยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนเก็บข้อมูล ถ้ามีความประสงค์ออกจากงานวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลา โดยพยาบาลไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและผู้ป่วยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลลัพธ์ในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2565 ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลคัดแยกและขอความร่วมมือช่วยบันทึกภาระงานของพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยและพยาบาลคัดแยกประเมินระดับความเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุคนเดียวกันด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินฉบับปรับปรุง แล้วให้แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในขณะนั้นตรวจสอบระดับการคัดแยกของผู้วิจัยก่อนนำไปเปรียบเทียบกับพยาบาล โดยผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับรักษาตามระดับความเร่งด่วนของพยาบาลคัดแยก หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินการทำการกิจวัตรประจำวันและการรู้คิดบกพร่อง แต่ถ้าผู้ป่วยสูงอายุปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่คัดแยกก่อนหน้านี้จะนำออกจากการวิจัย และบันทึกอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงจากแฟ้มประวัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ ความถูกต้องของการคัดแยก อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง การทำการกิจวัตรประจำวัน การรู้คิดบกพร่องและภาระงานของพยาบาลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามด้วย Chi-square และวิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วย Binary Logistic Regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.2) มีอายุเฉลี่ย 74.26 ปี (SD = 8.93, Range 61-101 ปี) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 92.8 โดยมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 51.6) มีประวัติพลัดตกหกล้มร้อยละ 45.4 ส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดอยู่ด้วย (ร้อยละ 80) และคนในครอบครัวเป็น

ผู้นำส่งโรงพยาบาล (ร้อยละ 81) โดยผู้ป่วยสูงอายุเกือบครึ่งเข้ามารักษาในช่วงเวลา 16.01- 24.00 น. (ร้อยละ 41.6) ซึ่งส่วนใหญ่มาด้วยภาวะฉุกเฉิน (ร้อยละ 73.4)

สำหรับพยาบาลคัดแยกมีจำนวน 33 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.9 มีอายุเฉลี่ย 32.85 ปี (SD = 7.62, Range 24-52 ปี) มีประสบการณ์ทำงานห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 10.30 ปี (SD = 7.26, Range 3-29 ปี) มีประสบการณ์คัดแยกเฉลี่ย 6.97 ปี (SD = 7.46, Range 0.5-29 ปี) ผ่านการอบรมคัดแยกและช่วยชีวิตขั้นสูงร้อยละ 100

ความถูกต้องในการคัดแยก พบว่า คัดแยกถูกต้องร้อยละ 65.4 คัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 24.4 และคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 10.2 มีความยากในการซักประวัติร้อยละ 10.4 ถูกרבกวนร้อยละ 21 และถูกรบกวนมากที่สุดโดยญาติของผู้ป่วยรายอื่น (ร้อยละ 11.6)

ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงร้อยละ 31.8 ซึ่งพบมากที่สุดในระบบหัวใจ (ร้อยละ 60.7) รองลงมาคือ ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (ร้อยละ 43.1) และระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 36.4) ตามลำดับ ผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการเดินร้อยละ 56.6 โดย 2 ใน 3 สามารถทำการกิจวัตรประจำวันได้ปกติ (ร้อยละ 67.8) ส่วนใหญ่มีการรู้คิดบกพร่องร้อยละ 80.8 สำหรับภาระงานคัดแยกของพยาบาลภายใน 8 ชั่วโมง เฉลี่ย 3.82 ชั่วโมง (SD = 1.18, Range 1.60 - 6.32 ชั่วโมง)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการคัดแยกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.873$, $p = .009$) ส่วนการทำการกิจวัตรประจำวัน ($\chi^2 = 1.851$, $p = .396$) การรู้คิดบกพร่อง ($\chi^2 = .589$, $p = .443$) และภาระงานของพยาบาล ($\chi^2 = 1.004$, $p = .605$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการคัดแยกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง การทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิดบกพร่อง และภาระงานของพยาบาลต่อความถูกต้องในการคัดแยก (n = 500)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	คัดแยกถูกต้อง	คัดแยกผิดพลาด	OR	95% CI	P value
อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง						
เฉพาะเจาะจง	341 (68.2)	236 (72.2)	105 (60.7)	1	ref.	
ไม่เฉพาะเจาะจง	159 (31.8)	91 (27.8)	68 (39.3)	0.609	0.411-0.903	0.014*
การทำกิจวัตรประจำวัน						
ทำได้ปกติ	339 (67.8)	227 (69.4)	112 (64.7)	1	ref.	
ทำได้บ้าง	78 (15.6)	51 (15.6)	27 (15.6)	0.926	0.544-1.576	0.776
ไม่สามารถทำได้	83 (16.6)	49 (15.0)	34 (19.7)	0.787	0.470-1.316	0.361
การรู้คิดบกพร่อง						
การรู้คิดปกติ	96 (19.2)	66 (20.2)	30 (17.3)	1	ref.	
การรู้คิดบกพร่อง	404 (80.8)	261 (79.8)	143 (82.7)	0.913	0.553-1.510	0.724
ภาระงานของพยาบาล						
≤ 2.00 ชั่วโมง	40 (8.0)	29 (8.9)	11 (6.4)	1	ref.	
2.01 - 4.00 ชั่วโมง	250 (50.0)	161 (49.2)	89 (51.4)	0.714	0.337-1.512	0.378
> 4.00 ชั่วโมง	210 (42.0)	137 (41.9)	73 (42.2)	0.735	0.344-1.571	0.426

*p < .05, ref = Reference group, Predictive correct = 65.4%, Nagelkerke R Square = .024

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงมีโอกาสคัดแยกถูกต้องน้อยกว่าผู้ที่มีอาการแสดงเฉพาะเจาะจงร้อยละ 39.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = .609; 95%CI = .411, .903, p = .014) ส่วนการทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิดบกพร่อง ภาระงานของพยาบาลไม่สามารถทำนายความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุได้

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยสูงอายุถูกคัดแยกถูกต้องพบร้อยละ 65.4 อาจมาจากพยาบาลคัดแยกมีประสบการณ์ทำงานห้องฉุกเฉินมากกว่า 3 ปี ผ่านการประเมินความรู้และทักษะการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมากกว่าครึ่งถูกคัดแยกโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์คัดแยกมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 60.2) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้องสูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี¹⁰ และพยาบาลที่มีประสบการณ์คัดแยกมากกว่า 5 ปี คัดแยก

ถูกต้อง (ร้อยละ 61.8) มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์คัดแยก 0-11 เดือน (ร้อยละ 54.8)¹²

ผู้ป่วยสูงอายุถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 24.4 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 85.2) และมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไปร้อยละ 60.7 จึงอาจมีความซับซ้อนของโรคและความยากในการประเมินและซักประวัติซึ่งพบร้อยละ 11.5 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่าอายุ 18-54 ปี 2.43 เท่า⁶ และผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปที่มีความรุนแรงปานกลางและน้อยถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่าอายุ 18-29 ปี 1.50 เท่า และ 2.20 เท่า ตามลำดับ⁷ นอกจากนี้ การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 44.3 พบในช่วงเวลา 16.00-24.00 น. ซึ่งมีผู้ป่วยเข้ามารักษาจำนวนมากโดยถูกรบกวนขณะคัดแยกร้อยละ 21 จึงอาจคัดแยกผิดพลาดได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การถูกรบกวนทำให้คัดแยกผิดพลาดร้อยละ 3²² และเวลา 16.00-23.59 น. คัดแยกผิดพลาดมากที่สุดร้อยละ 42.1 เนื่องจากช่วงเวลานี้มีผู้ป่วยหนาแน่นกว่าเวลาอื่น¹²

การคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 10.2 ต่างจากการศึกษาเรื่องการทดสอบประสิทธิภาพและความแม่นยำของดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินในผู้ป่วยสูงอายุที่พบเพียงร้อยละ 2.89⁵ อาจเนื่องด้วยถูกคัดแยกโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์คัดแยกมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 45.1 จากประสบการณ์หากคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์อาจทำให้ผู้ป่วยต้องทำหัตถการพิเศษเพิ่มเติม รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและมีโอกาสเสียชีวิต⁷ จึงยอมใช้ทรัพยากรมากเกินไปจนความจำเป็น นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 84.3) และมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 47.1) อาจเนื่องด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและมีหลายโรคในเวลาเดียวกัน³ จึงมีความซับซ้อนของอาการเจ็บป่วยและคัดแยกผิดพลาดได้ ต่างกับการศึกษาที่พบ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปที่มีความรุนแรงมากและปานกลางถูกคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์น้อยกว่าอายุ 18-29 ปี ร้อยละ 63 และ ร้อยละ 58 ตามลำดับ⁷

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงคัดแยกถูกต้องน้อยกว่าผู้ที่มีอาการแสดงเฉพาะเจาะจง (OR = .609; 95%CI = .411, .903, p = .014) อาจเนื่องมาจากมีอาการสำคัญหลายอาการและซับซ้อนทำให้นักถึงความผิดปกติหลายระบบ รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 51.6) จึงอาจมีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่³ และคัดแยกผิดพลาดได้ โดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 70.6) มากกว่าคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 29.4) นอกจากนี้ผู้ที่มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงที่คัดแยกผิดพลาดมีปัญหาการสื่อสารร้อยละ 29.4 จึงอาจยากต่อการประเมินและซักประวัติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงมีปัญหาในการสื่อสารมากกว่าผู้ที่มีอาการแสดงเฉพาะเจาะจง²⁵ และผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 25) มากกว่าผู้ที่มีอาการแสดงเฉพาะเจาะจง (ร้อยละ 22)⁵

การทำกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์และอำนาจทำนายความถูกต้องในการคัดแยก อาจเนื่องจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไม่กระจาย โดยผู้ป่วยสูงอายุ 2 ใน 3 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ (ร้อยละ 67.8) นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะพยาบาลคัดแยกมีประสบการณ์ทำงานห้องฉุกเฉินตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมคัดแยกร้อยละ 100 จึงอาจทำให้คัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บ้างและ

ไม่สามารถทำได้ ได้ถูกต้องไม่ต่างกับผู้ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้องสูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี¹⁰

การรู้คิดบกพร่องไม่มีความสัมพันธ์และอำนาจทำนายความถูกต้องในการคัดแยก อาจเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่รู้คิดบกพร่องร้อยละ 80.8 ทำให้ข้อมูลไม่กระจาย ซึ่งส่วนใหญ่ขณะเจ็บป่วยคนในครอบครัวอยู่ด้วยร้อยละ 74.4 และเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาลร้อยละ 81 ญาติหรือผู้ดูแลจึงทราบประวัติการเจ็บป่วยรวมถึงอาจมีความรู้และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากขึ้น จึงสามารถบอกอาการสำคัญแทนได้ถึงแม้ผู้รู้คิดบกพร่องจะมีปัญหาเรื่องความจำและภาษา ซึ่งอาจไม่สามารถบอกประวัติการเจ็บป่วยได้ ทำให้คัดแยกผิดพลาดโดยผู้ป่วยสูงอายุที่สับสน ซึมลง ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคลถูกคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 2.6⁵ แต่การศึกษานี้พยาบาลคัดแยกมีประสบการณ์ทำงานห้องฉุกเฉินตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ผ่านการอบรมคัดแยกร้อยละ 100 จึงอาจคัดแยกผู้รู้คิดปกติและบกพร่องได้ถูกต้องไม่แตกต่างกัน

ภาระงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์และอำนาจทำนายความถูกต้องในการคัดแยก อาจเนื่องจากองค์กรที่ศึกษามีการจัดสรรอัตรากำลังและแบ่งหน้าที่อย่างชัดเจนทำให้พยาบาลคัดแยกได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดแคลนพยาบาลคัดแยกส่งผลกระทบต่อคุณภาพการคัดแยก⁸ นอกจากนี้อาจมาจาก มีผู้ป่วยมารักษาไม่หนาแน่นเหมือนช่วงก่อนแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 และโรงพยาบาลปิดปรับปรุงพื้นที่ชั้น 1 ทำให้ผู้ป่วยถูกคัดแยกโดยพยาบาลแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ส่งผลให้ภาระงานการคัดแยกลดลงและไม่มีผลต่อความถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การคัดแยกในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ป่วยมากกว่า 1 คนทุก 15 นาที คัดแยกผิดพลาด 2.112 เท่า⁴ และผู้ป่วยที่มาในช่วงพยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คน มีโอกาสปฏิบัติตามแนวทางคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุมากกว่าผู้ที่มาในช่วงพยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยมากกว่า 10 คน 4.80 เท่า¹¹

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาในพยาบาลคัดแยกที่มีประสบการณ์ทำงานห้องฉุกเฉินมากกว่า 3 ปี และผ่านการอบรมคัดแยกทุกปี ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปใช้กับหน่วยงานที่ไม่ตรงกับลักษณะดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลนำกรณีที่น่าสนใจ โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้มีประสบการณ์และคัดแยกได้ถูกต้องมากขึ้น
2. ควรประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพการรู้คิดอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังป่วย เพื่อเห็นถึงความแตกต่างและนำข้อมูลไปพัฒนาเครื่องมือการคัดแยกให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. อาจกำหนดกลุ่มตัวอย่างแต่ละระดับความรุนแรงของการทำกิจวัตรประจำวันและการรู้คิดบกพร่อง เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายและเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิดบกพร่องกับความถูกต้องในการคัดแยก

References

1. Ashman JJ, Schappert SM, Santo L. Emergency Department Visits Among Adults Aged 60 and Over: United States, 2014–2017. National Center for Health Statistics Data Brief. 2020; 367:1-8.
2. Srihaphak S, Triamwetwutkrai K, Amornrojvorawut W, Pruksa M, Paisarn K, Thongkot N, et al. Operational Model of Emergency Medical System For the Elderly in Long Term Care Fund, Khon Kaen Province. National Institute for Emergency Medicine. 2018;4(19):1-5. (in Thai)
3. Sri-on J, Geriatric Emergencies. 3rd. Bangkok: Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University; 2021. (in Thai)
4. Ausserhofer D, Zaboli A, Pfeifer N, Solazzo P, Magnarelli G, Marsoner T, et al. Errors in nurse-led triage: An observational study. International journal of nursing studies. 2021; 113(2021):1-7.
5. Grossmann FF, Zumbrunn T, Frauchiger A, Delport K, Bingisser R, Nickel CH. At risk of undertriage? Testing the performance and accuracy of the emergency severity index in older emergency department patients. Annals of emergency medicine. 2012;60(3):317-25.e3.
6. Suamchaiyaphum K, Chanruangvanich W, Thosingha O, Momsomboon A. Factors Influencing the Accuracy of Emergency Severity Index-Based Emergency Patient Triage. Thai Journal of Nursing Council. 2019; 34(4):34-47. (in Thai)
7. Hinson JS, Martinez DA, Schmitz PSK, Toerper M, Radu D, Scheulen J, et al. Accuracy of emergency department triage using the Emergency Severity Index and independent predictors of under-triage and over-triage in Brazil: a retrospective cohort analysis. International journal of emergency medicine. 2018;11(1):1-10.
8. Wachiradilok P, Sirisuan T, Chaisit S, Setthasathien A. Patients Triage in Emergency Department in Thailand. Thai Journal of Nursing Council. 2016;31(2):96-108. (in Thai)
9. Irvine D, Sidani S, Hall LM. Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. Nursing economic\$. 1998;16(3):110-6, 31.
10. Binsama S, Naka K, Khupantavee N. Factors Influencing the Accuracy of Triage in Non-Trauma Patients by Emergency Nurses. Princess of Naradhiwas University Journal. 2021;13(3):24-39. (in Thai)
11. Phromdee A, Bunyapatkul P, Kanokkanchana P. Factors Influencing Compliance with Triage Protocol in Trauma Patients. Vajira Nursing Journal. 2017;19(1):19-32. (in Thai)

12. Cetin S, Eray O, Cebeci F, Coskun M, Gozkaya M. Factors affecting the accuracy of nurse triage in tertiary care emergency departments. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2020;20(4):163-7.
13. Larthum K, Pearkao C. A Study of Quality of Emergency Patient Triage at Srinagarind Hospital. *The National and International Graduate Research Conference 2017*; 2017 March 10; Pote Sarasin Bulding. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2017:1-12. (in Thai)
14. AlSerkal Y, AlBlooshi K, AlBlooshi S, Khan Y, Naqvi SA, Fincham C, et al. Triage Accuracy and Its Association with Patient Factors Using Emergency Severity Index: Findings from United Arab Emirates. *Open Access Emergency Medicine*. 2020;12:427-34.
15. Soontorn T, Sitthimongkol Y, Thosingha O, Viwatwongkasem C. Factors Influencing the Accuracy of Triage by Registered Nurses in Trauma Patients. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2018;22(2):120-30.
16. Lopes MCBT, Lage JSS, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Factors associated with functional impairment of elderly patients in the emergency departments. *Einstein (Sao Paulo)*. 2015;13(2):209-14.
17. Parke B, Hunter KF, Strain LA, Marck PB, Waugh EH, McClelland AJ. Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: a social ecological study. *International journal of nursing studies*. 2013;50(9):1206-18.
18. Blomaard LC, Speksnijder C, Lucke JA, de Gelder J, Anten S, Schuit SCE, et al. Geriatric Screening, Triage Urgency, and 30-Day Mortality in Older Emergency Department Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020;68(8):1755-62.
19. Malinovska A, Pitasch L, Geigy N, Nickel CH, Bingisser R. Modification of the Emergency Severity Index Improves Mortality Prediction in Older Patients. *The western journal of emergency medicine*. 2019;20(4):633-40.
20. Areeras P, Prachusilpa G. Nurse Staffing in Emergency Department, Queen Sirikit Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(Supplement):223-31. (in Thai)
21. Rossetti AC, Gaidzinski RR, Fugulin FM. Nursing workload in the emergency department: a methodological proposal. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2013;21(Special):225-32.
22. Johnson KD, Gillespie GL, Vance K. Effects of Interruptions on Triage Process in Emergency Department: A Prospective, Observational Study. *Journal of Nursing Care Quality*. 2018;33(4):375-81.
23. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of clinical epidemiology*. 1996;49(12):1373-9.
24. Aree-Ue S, Youngcharoen P. The 6 Item Cognitive Function Test-Thai Version: Psychometric Property Testing. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2020;26(2):188-202. (in Thai)
25. Hofman MR, van den Hanenberg F, Siersevelt IN, Tulner CR. Elderly patients with an atypical presentation of illness in the emergency department. *The Netherlands journal of medicine*. 2017;75(6):241-6.

ผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็ก โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Effect of Using a Mobile Application for the Care Management of Children with Allergic Rhinitis in Sunpasitthiprasong Hospital

นันทวดี ใจหาญ*¹ อารี ชีวเกษมสุข¹ กชกร เจตินัย²

Nantawadee Jaiharu*¹ Aree Cheevakasemsook¹ Kotchakorn Jetinai²

¹มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

¹Sukhothai Thammathirat Open University, Nontaburi Thailand 11120

²มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

²Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani Thailand 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาของเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ จำนวน 70 ราย และสุ่มจับสลากแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของบิดามารดา ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.84 ค่าแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจของบิดามารดาต่อการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.99 ค่าแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และบิดามารดากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจการใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.34$).

จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้บริหารควรสนับสนุนและกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการนำโมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ไปปฏิบัติรวมกับการดูแลตามมาตรฐานต่อไป

คำสำคัญ: โมบายแอปพลิเคชัน, การจัดการการดูแล, สมรรถนะแห่งตน, โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้

Abstract

This experimental research aimed to study the effects of using a mobile application for the care management of children with allergic rhinitis in Sunpasitthiprasong hospital. A sample comprised 70 parents of allergic rhinitis children and divided into an experimental group and a comparison group of 35 people each by a random assignment. The research instruments consisted of a mobile application for care management of children with allergic rhinitis, a parents' self-efficacy questionnaire with validity was 0.84, Cronbach's alpha was

0.95, and parents' satisfaction with using of mobile application for care management of children with allergic rhinitis with validity was 0.99, Cronbach's alpha was 0.91. Data were analyzed by using descriptive statistics; Mean, percentage, standard deviation, and t-test statistics; Paired t-test and Independent t-test.

The results revealed that: After the experiment, the experimental group had a higher mean self-efficacy score than before the experiment and higher than the comparison group with statistical significance ($p < .001$). Finally, parents' satisfaction after using the mobile application was at the highest level ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.34$).

From this research, Administrators should support and formulate guidelines for implementing mobile applications for the care management of allergic rhinitis children in conjunction with specific standard of care diseases.

Keywords: Mobile application, Care management, Self-efficacy, Allergic rhinitis

บทนำ

โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ไม่ร้ายแรงแต่รักษาไม่หายขาด พบได้บ่อยในเด็กทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบร้อยละ 17.2¹ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจนเป็นปัญหาทางด้านการแพทย์ สาธารณสุข และส่งผลต่อเศรษฐกิจในหลายประเทศทั่วโลก จากสถิติการเกิดโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ในประเทศจีนพบเด็กที่มีอายุ 6-7 ปี เกิดโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้อ้อยละ 8.5² เช่นเดียวกับประเทศเม็กซิโกพบในเด็กร้อยละ 17.9-24.9³ และในประเทศไทยพบมีความชุกการเกิดโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของเด็กอายุ 6-7 ปี ในปี 2561 ร้อยละ 15⁴ จากที่กล่าวมาข้างต้น โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้แม้ว่าจะไม่ใช่การเจ็บป่วยที่ร้ายแรง แต่แนวโน้มเด็กที่ป่วยเพิ่มมากขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อครอบครัว และประเทศชาติ รวมทั้งมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ทั้งยังส่งผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพชีวิตเรื่องการนอนหลับ การเรียน การเข้าสังคม และประสิทธิภาพการทำงานต่างๆ⁵

จากผลกระทบของโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ที่มีต่อคุณภาพชีวิตหลายด้านของเด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะเรื่องการนอนหลับในช่วงกลางคืนเด็กมักจะตื่นบ่อยหลับไม่สนิท ส่งผลให้เด็กพักผ่อนได้ไม่เพียงพอเกิดอาการอ่อนเพลียง่วงนอนในเวลากลางวัน^{6,7} ทำให้มีผลต่อการเรียน การทำกิจกรรมต่างๆ ของเด็กทำได้ลดลง และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมามากขึ้น เช่น ไซนัสอักเสบ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคหืด โรคกรดไหลย้อน หูส่วนกลางอักเสบ เป็นต้น⁸ อีกทั้งมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะ

เศรษฐกิจของครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของเด็ก การเดินทางเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล หรือการสูญเสียรายได้ของครอบครัวในจากการลางานของบิดามารดาเพิ่มมากขึ้นด้วย⁹ และยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติด้านงบประมาณทางการแพทย์การสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพพยาบาล จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า เด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ที่มีการควบคุมอาการได้ไม่เพียงพอ หรือได้รับการดูแลรักษาไม่ต่อเนื่องจะเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมาได้ และมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มมากขึ้นด้วย⁸ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ที่ผ่านมามีวิธีการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของสถานบริการนั้นๆ โดยผู้ให้บริการจะเน้นการสอนให้บิดามารดา หรือผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ แต่ยังพบปัญหาในการป้องกันอาการกำเริบของโรค¹⁰ ดังนั้นผู้วิจัยได้ทบทวนวิธีการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ดังจะกล่าวต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ทั้งในและต่างประเทศซึ่งมีวิธีการศึกษาที่หลากหลายในการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ ตัวอย่างเช่น ศึกษาการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้โดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์¹¹ ศึกษาการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปริมาณไรฝุ่นโดยเน้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม¹² และศึกษาการป้องกันอาการภูมิแพ้โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน¹³ เป็นต้น ส่วนการดูแลโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ เข้ามามีบทบาทในการดูแลเด็กโรคนี้ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้อง มีเพียงการศึกษา

เกี่ยวกับประโยชน์ของการบันทึกในสมุดบันทึกสำหรับภูมิแพ้ (Allergy Diary) ในการประเมินการใช้ชีวิตประจำวันและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้บนโทรศัพท์มือถือ¹⁴ จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้โดยทั่วไปจะเน้นเรื่องของการหลีกเลี่ยงหรือกำจัดสารก่อภูมิแพ้ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดจากสารก่อภูมิแพ้ แต่ในปัจจุบันพบว่าปัญหาในการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้เกิดจากการขาดความต่อเนื่องในการดูแลติดตามผู้ป่วยเด็ก จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ในครั้งนี้ จำเป็นที่จะต้องศึกษาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการจัดการดูแลที่เหมาะสม สะดวก ง่ายต่อใช้งาน มีความต่อเนื่องในการติดตามดูแล และต้องตรงตามความต้องการของบิดามารดาให้มากที่สุด เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่ยังพบปัญหาในการให้ความรู้แก่บิดามารดาในการปฏิบัติตัว รวมทั้งการติดตามการจัดการการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ที่บ้าน

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตอีสานตอนใต้ และเขตบริการสุขภาพที่ 10 มีขนาด 1,188 เตียง ประชากรในเขตรับผิดชอบกว่า 5 ล้านคน พบว่าในคลินิกเฉพาะโรคหืดและภูมิแพ้ แผนกกุมารเวชกรรม ในปี 2560 มีผู้มารับบริการ จำนวน 40 คน และในปี 2562 มีจำนวนเด็กป่วยเพิ่มมากขึ้นถึง 300 คน และเด็กมีอายุเฉลี่ย 7.63 ปี ต่ำสุด 2.5 ปี และสูงสุด 13.7 ปี อาการกำเริบของโรคส่วนหนึ่งเกิดจากสาเหตุที่บิดามารดาปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ไม่เพียงพอขาดความมั่นใจในการจัดการการดูแลเมื่อเด็กมีอาการกำเริบ และข้อจำกัดด้านอัตรากำลังพยาบาลในการให้บริการไม่เพียงพอสำหรับการให้คำแนะนำและทบทวนความเข้าใจของบิดามารดาในการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ที่บ้าน และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 ส่งผลให้การเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคในโรงพยาบาลทำได้ยากขึ้น และจากนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการจัดการการดูแลผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน และในการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารที่จำเป็นนั้นจะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างความมั่นใจ ช่วยเหลือบิดามารดาให้เกิดทักษะความรู้ในการดูแล และตอบสนอง

นโยบายของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

โดยสรุป โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แนวโน้มอุบัติการณ์ที่เพิ่มมากขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อมหลายด้าน และยังมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโดยตรงจนกลายเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ในปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลและรักษาพยาบาลที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามมาอีกด้วย จากการทบทวนศึกษาถึงวิธีการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศจะเห็นว่าส่วนใหญ่เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาถึงผลลัพธ์ของการดูแล และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ แต่ในปัจจุบันยังพบปัญหาการดูแลป้องกันอาการกำเริบ ขาดการติดตาม และประเมินความรุนแรงของโรคอย่างต่อเนื่อง การให้บริการของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์แบบเดิมคือการสื่อสารให้ข้อมูลทางเดียวในระยะเวลาที่มีจำกัด พบว่ายังมีปัญหาในเรื่องของความต่อเนื่องในการดูแล และติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจเทคโนโลยีการสื่อสารในการส่งเสริมการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดาด้วยตนเองในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-2019 โดยการนำแนวคิดการจัดการดูแลบูรณาการร่วมกับแนวทางการรักษาเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ร่วมกับเทคโนโลยีด้านการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่าย มีความสะดวกในการใช้งาน และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อเป็นการเสริมสร้างสมรรถนะให้ความมั่นใจแก่บิดามารดาในการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ได้ด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และเหมาะสม ซึ่งเทคโนโลยีนี้จะมีส่วนช่วยให้การจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดาระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชันกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้การจัดการดูแลตามมาตรฐานแบบเดิมก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดา

กลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชัน
ก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบิดามารดาต่อ
การใช้โมบายแอปพลิเคชันในการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบ
จากภูมิแพ้

สมมติฐานการวิจัย

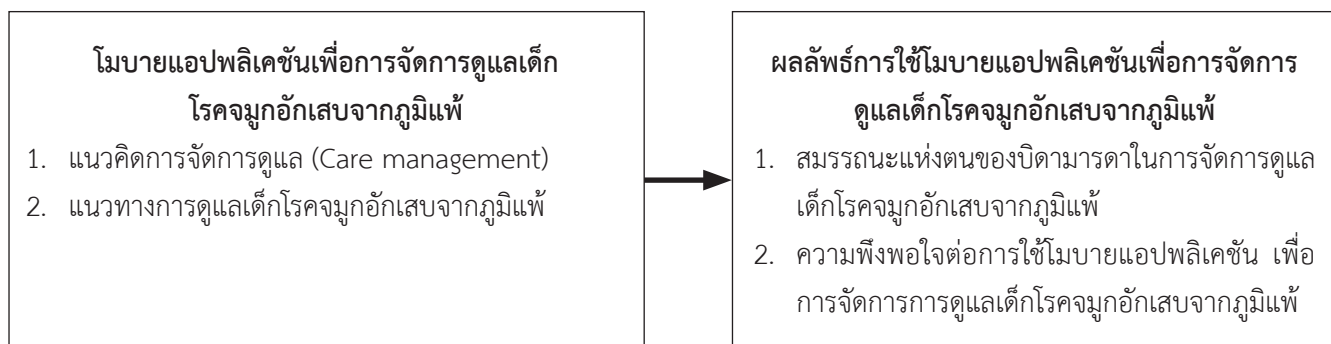
1. บิดามารดากลุ่มทดลองที่ได้รับโมบายแอปพลิเคชัน
เพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้มีค่าคะแนน
เฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
ที่ได้รับการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ตาม
มาตรฐานแบบเดิม

2. บิดามารดากลุ่มทดลองที่ได้รับโมบายแอปพลิเคชัน
เพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้มีค่าคะแนน
เฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการดูแล
(Care management)¹⁵ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ
ได้แก่ 1) การระบุถึงประโยชน์ที่จะได้รับการจัดการดูแล

2) การพัฒนาวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย / ครอบครัว
3) การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
4) การสอนผู้ป่วย / ครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการจัดการดูแล
รวมถึงการจัดการเรื่องยา 5) การสอนให้ผู้ป่วย / ครอบครัวทราบ
ถึงวิธีการช่วยเหลือหรือตอบสนองต่ออาการที่แย่ลง เพื่อหลีกเลี่ยง
ความต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ
6) การติดตามอาการ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
อยู่ตลอดเวลา โดยบูรณาการร่วมกับแนวทางการดูแลเด็กโรค
จมูกอักเสบจากภูมิแพ้¹⁶ โดยนำมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย
4 องค์ประกอบหลักในการดูแลรักษา ได้แก่ 1) การได้รับความ
รู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 2) การหลีกเลี่ยง
และกำจัดสารก่อภูมิแพ้ 3) การใช้ยารักษาโรคจมูกอักเสบ
จากภูมิแพ้ และ 4) การล้างจมูก เพื่อลดการสะสมของสารก่อ
ภูมิแพ้ในโพรงจมูก นำมาพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันเพื่อ
การจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ โดยศึกษาผลของ
โมบายแอปพลิเคชันนี้ มีตัวแปรตาม ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน
ของบิดามารดาในการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจาก
ภูมิแพ้¹⁷ และความพึงพอใจต่อการใช้โมบายแอปพลิเคชัน
เพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้¹⁸ โดยมี
กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (The experimental
research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง
(Pretest Posttest Control Group Design) ดำเนินการ
เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2564 รวมระยะ
เวลา 1 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ บิดามารดาของเด็กโรคจมูกอักเสบ
จากภูมิแพ้ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง
เป็นบิดามารดาของเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ที่มีอายุ
3-8 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างได้
จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และ
กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ สำหรับการทดสอบ t tests - Means: Difference from constant (Two groups) เท่ากับ 0.80¹⁹ α เท่ากับ 0.05 Power เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน แล้วแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับสลาก (Random assignment) และจับคู่ (Matched subjects) กลุ่มอายุของเด็กให้มีความเท่าเทียมกันได้แก่ กลุ่มที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชัน (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ใช้การจัดการดูแลตามมาตรฐานแบบเดิม (กลุ่มเปรียบเทียบ) กลุ่มละ 35 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) บิดามารดาของเด็กอายุ 3-8 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ 2) บิดามารดามีโทรศัพท์ในการสื่อสารประเภทสมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ต ระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ เวอร์ชัน ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป 3) บิดามารดายินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย และ 4) บิดามารดาสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) เด็กมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล 2) โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ตไม่สามารถดาวน์โหลดการใช้งานแอปพลิเคชันได้ และเกณฑ์ยุติการวิจัย มีดังนี้ 1) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ 2) ย้ายบ้านออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โมบายแอปพลิเคชัน เพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการ 3 แนวคิดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบการทำงานของโมบายแอปพลิเคชันจำนวน 3 ท่าน และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาเพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ จำนวน 10 ข้อ และชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบิดามารดาต่อการใช้โมบายแอปพลิเคชันในการจัดการดูแลเด็กโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ จำนวน 24 ข้อ ค่าแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบค่าที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี รหัส 060/63 C ลงวันที่ให้การรับรอง 7 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร มีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้อย่างมีความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่พอใจหรือไม่สะดวกใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์แต่อย่างใด ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลค่าเฉลี่ยในภาพรวมเท่านั้น และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลเด็กโรคภูมิแพ้ต่อไป

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กและบิดามารดาพบว่า เด็กโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.57) อยู่ในกลุ่มอายุ 6-8 ปี จำนวน 40 คน (ร้อยละ 57.1) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลของเด็กโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ จะเห็นได้ว่า เด็กโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ในส่วนของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มพบว่า มารดาจะเป็นผู้ดูแลหลัก อายุเฉลี่ยโดยรวมของมารดา 35.26 ปี มีรายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเฉลี่ย 2.57 ปี เมื่อทดสอบความสัมพันธ์กันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในเรื่องอายุ รายได้ และประสบการณ์การดูแลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของมารดา

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรีัญญาตรี (ร้อยละ 78.6) และมารดาทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์ในการใช้โมบายแอปพลิเคชันประเภทต่างๆ ที่ไม่แตกต่างกันในเรื่องการศึกษา การแพทย์ ข่าวสาร และสังคมออนไลน์ แต่มีประสบการณ์ใช้งานที่แตกต่างกันในเรื่องสุขภาพ บันทึกรักษา การเงิน และการถ่ายภาพ

2. ผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ

ประสงค์ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนโดยรวมในการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดาก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชันกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้การจัดการดูแลตามมาตรฐานแบบเดิม แสดงตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนโดยรวม ในการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดาทั้งสองกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชัน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้การจัดการการดูแลตามมาตรฐานแบบเดิม

สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			t	df	P-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ			
ก่อนการทดลอง	2.31	0.26	น้อย	2.17	0.35	น้อย	1.846	68	.070
หลังการทดลอง	4.50	0.28	มากที่สุด	2.82	0.31	ปานกลาง	23.848	68	.000*

*p<.001

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชัน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้การจัดการการดูแลตามมาตรฐานแบบเดิม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนโดยรวมหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนโดยรวมในการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดากลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชันก่อนและหลังการทดลอง แสดงตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนโดยรวม ในการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดากลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชัน ก่อนและหลังการทดลอง

สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	กลุ่มทดลอง (n = 35)			t	df	P-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ			
ก่อนการทดลอง	2.31	0.26	น้อย	30.971	34	.000*
หลังการทดลอง	4.50	0.28	มากที่สุด			

*p<.001

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนโดยรวม ในการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดากลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชัน หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนโดยรวมแตกต่างกัน หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ความพึงพอใจของบิดามารดาภายหลังการใช้งานโมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ แสดงตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชัน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 35)

ความพึงพอใจต่อการใช้งานโมบายแอปพลิเคชัน เพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ของบิดามารดา	กลุ่มทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านการทำงานได้ตรงตามฟังก์ชันงานของแอปพลิเคชัน	4.67	0.37	มากที่สุด
2. ด้านความสามารถของแอปพลิเคชันตรงตามความต้องการของผู้ใช้	4.61	0.38	มากที่สุด
3. ด้านการใช้งานของแอปพลิเคชัน	4.60	0.38	มากที่สุด
4. ด้านคุณภาพการทำงานของแอปพลิเคชัน	4.59	0.40	มากที่สุด
โดยรวม	4.62	0.34	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชันโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การทำงานได้ตรงตามฟังก์ชันงานของแอปพลิเคชัน รองลงมาด้านความสามารถของแอปพลิเคชันตรงตามความต้องการของผู้ใช้

การอภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการดูแลด้วยโมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้จะนำไปทดลองใช้งานเป็นเวลาเพียง 1 สัปดาห์ มีผลทำให้มารดาของกลุ่มทดลองนี้มีระดับความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในการที่จะดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเสริมสร้างสมรรถนะที่มีผลต่อความมั่นใจที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วย บิดามารดาหรือผู้ดูแล^{13,20,21} การที่บิดามารดาจะพัฒนาให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กได้นั้น ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน¹⁷ เชื่อว่าเกิดจากการมีแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถที่สำคัญ 4 แหล่ง ดังนี้ 1) การมีประสบการณ์ตรงหรือการกระทำที่สำเร็จได้จากการลงมือปฏิบัติในการใช้งานโมบายแอปพลิเคชันของบิดามารดาเอง เช่น ในเรื่องการประเมินระดับความรุนแรงของโรค การล้างจมูก การใช้ยาพ่นจมูก เป็นต้น ร่วมกับการติดตามประเมินการใช้งานของบิดามารดาเป็นระยะผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้บิดามารดาได้รับผลสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง นำไปสู่ความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมนั้น ๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2) การได้เห็นตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จ โดยให้บิดามารดาเห็นตัวแบบจากวิดีโอสาธิตการล้างจมูก และการใช้ยาพ่นจมูก ซึ่งตัวแบบเป็นเด็กที่มีวัยใกล้เคียงกับลูกที่ได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ซึ่งจะทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นให้แก่ลูกของตนเองได้อย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจน 3) การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง ด้วยการให้ความรู้แก่บิดามารดาเป็นรายบุคคล ในการสอนการใช้งานโมบายแอปพลิเคชันจนเกิดความชำนาญ และมีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ รวมทั้งการติดตั้งโมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ในการใช้งานที่บ้าน เพื่อให้บิดามารดาได้ทบทวนความรู้ทักษะการปฏิบัติ ส่งเสริมความเข้าใจในเนื้อหาได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ และ 4) การส่งเสริมสภาวะการทางร่างกายและอารมณ์ โดยโมบายแอปพลิเคชันนี้มีเมนูสำหรับประเมินความรุนแรงของโรค มีแนวทางการจัดการอาการ และการใช้ยาได้ด้วยตนเองที่บ้านอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถติดต่อผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้บิดามารดาได้รับความสะดวก ใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน และเมนูต่างๆ ตรงตามความต้องการของบิดามารดา ซึ่งจะช่วยให้บิดามารดามีความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความกังวล เกิดการรับรู้ที่ดีมีความพร้อมในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ความพึงพอใจของบิดามารดาภายหลังการใช้งานโมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ในกลุ่มทดลอง ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.62$, $SD = 0.34$) ได้แก่ การทำงานได้ตรงตามฟังก์ชันงานของแอปพลิเคชัน รองลงมาด้านความสามารถของแอปพลิเคชันตรงตามความต้องการของผู้ใช้

เนื่องจากความพึงพอใจที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการที่บิดามารดา มีความสะดวกในการใช้งานนำไปสู่การเรียนรู้และทบทวน การดูแลเด็กที่บ้าน โดยเฉพาะเรื่องการประเมินความรุนแรง ของโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ด้วยตนเอง เพื่อใช้ในการจัดการ ดูแลเด็กเบื้องต้น โดยสามารถปรับการดูแล หรือการใช้ยาตาม ความรุนแรงของโรคได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ยังสามารถ ฝึกทักษะการใช้ยาพ่นจมูก การล้างจมูกได้จากต้นแบบใน คลินิกวิดีโออย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ร่วมกับการได้รับคำแนะนำ และชี้แนะเป็นรายบุคคลจาก การติดต่อผ่านทางไลน์แอปพลิเคชันของผู้วิจัย และตอบสนอง ต่อความต้องการการใช้งานในปัจจุบัน²²

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรสนับสนุนและ กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ นโยบายส่งเสริมให้มีการนำโมบาย แอปพลิเคชันเพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ไปใช้ให้เป็นส่วนหนึ่งในงานบริการของคลินิกโรคหืดและภูมิแพ้ แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมต่อไป
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโมบาย แอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจาก ภูมิแพ้ไปปฏิบัติร่วมกับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อส่งเสริม ให้บิดามารดามีความมั่นใจในการดูแลบุตรที่มีอาการของ โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ได้ด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม
3. ด้านการศึกษาวิจัย สามารถนำผลการวิจัยไป พัฒนาฟังก์ชันของโมบายแอปพลิเคชันให้มีความสมบูรณ์ของ เมนูต่างๆ และตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน มากขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น ในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สามารถเป็น ตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ดี
2. ควรมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จะมี ผลต่อการศึกษาวิจัย ได้แก่ อายุของบิดามารดา ประสบการณ์ การใช้งานแอปพลิเคชัน
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่นๆ เช่น การวิจัย และพัฒนา หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น เพื่อการพัฒนา โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบ

จากภูมิแพ้ให้มีประสิทธิภาพและมีความเสถียรมากขึ้น

4. ควรมีการศึกษาตัวแปรตามอื่นๆ เช่น คุณภาพ ชีวิตของเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ในทุกช่วงวัย และระยะ เวลาการกลับมาเป็นซ้ำ เป็นต้น

5. ควรมีการนำเครื่องมือโมบายแอปพลิเคชันนี้ไป ศึกษาในเด็กกลุ่มอายุอื่นๆ ที่เป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ เพื่อประเมินสมรรถนะในการจัดการการดูแลโรคจมูกอักเสบ จากภูมิแพ้

References

1. Hill DA, Grundmeier RW, Ram G, Spergel JM. The epidemiologic characteristics of healthcare provider-diagnosed eczema, asthma, allergic rhinitis, and food allergy in children: A retrospective cohort study. BMC Pediatrics. 2016;16(1):1-8.
2. Zhang Y, Lan F, Zhang L. Advances and highlights in allergic rhinitis. Allergy. 2021; 76(11): 3383-9.
3. García-Almaraz R, Reyes-Noriega N, Del-Río-Navarro BE, Berber A, Navarrete-Rodríguez EM, Ellwood P, et al. Prevalence and risk factors associated with allergic rhinitis in Mexican school children: Global Asthma Network Phase I. The World Allergy Organization journal. 2021;14(1):1-18.doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100492
4. Chinratanapisit S, Suratannon N, Pacharn P, Sritipsukho P, Vichyanond P. Prevalence and risk factors of allergic rhinitis in children in Bangkok area. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology. 2019; 37(4):232-9.doi: 10.12932/AP-120618-0337.(in Thai).
5. Segboer CL, Terreehorst I, Gevorgyan A, Hellings PW, Van Drunen CM, Fokkens WJ. Quality of life is significantly impaired in nonallergic rhinitis patients. Allergy. 2018;73(5):1094-100.
6. Loekmanwidjaja J, Carneiro AC, Nishinaka ML, Munhoses DA, Benezoli G, Wandalsen GF, et al. Sleep disorders in children with moderate to severe persistent allergic rhinitis. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2018;84(2): 178-84.

7. Safarzade S, Tohidinik H. The sleep quality and prevalence of sleep disorders in adolescents. *Journal of Research & Health*. 2019;9(6):471–9.
8. Bosnic-Anticevich S, Smith P, Abramson M, Hespe CM, Johnson M, Stosic R, et al. Impact of allergic rhinitis on the day-to-day lives of children: insights from an Australian cross-sectional study. *BMJ open*. 2020;10:e038870. doi:10.1136/bmjopen-2020-038870.
9. Stróžek J, Samoliński B, Kłak A, Gawińska-Drużba E, Izdebski R, Krzych-Falta E, Raciborski F. The indirect costs of allergic diseases. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2019;32(3):281–90.
10. Thiengsomboon U, Treenai S. Predicting Factors of Parents Caring Behavior for Exacerbation Prevention in School- Age Children with Allergic Rhinitis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(2):370–9.(in Thai).
11. Solís-Flores L, Acuña-Rojas R, López-Medina L, Meléndez-Mier G. Nursing counseling decreases symptomatology and relapses in pediatric patients with allergic rhinitis. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México (English Edition)*. 2017;74(5):349–56.
12. Seethikaew N, Nookong A, Rungamornrat S, Malainual N. The Effect of Environmental Management Program on Amount of House Dust Mites, Knowledge and Behavior of Parents and Staff in Day Care. *Journal of Nursing Science*. 2017;35(1):36–47.(in Thai).
13. Onthong K, & Teerarungsikul N. The effect of program enhancing self-efficacy in self-care on preventive allergy behavior among school-age children with allergic rhinitis. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2021;29(2):36–46.(in Thai).
14. Bousquet J, Arnavielh S, Bedbrook A, Alexis-Alexandre G, Eerd M.V, Murray R, et al. Treatment of allergic rhinitis using mobile technology with real world data: The MASK observational pilot study. *Allergy*. 2018; 73(9):1763–74. doi.org/10.1111/all.13406
15. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Care management of patients with complex health care needs. *Policy*. 2009;1(6):4–16.
16. Poachanukoon O, Chansakul S. Allergic rhinitis in children. 1st ed. Phra Nakhon Si Ayutthaya: Tienwattana printing; 2015.(in Thai).
17. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of Control. New York: W.H. Freeman; 1997.
18. Chaisanguan P. Mobile Application Development of Oral Health Care for Preschoolers. Management Information Systems: King Mongkut's University of Technology North Bangkok; 2015. (in Thai).
19. Cohen J. Statistical Power Analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press; 1977.
20. Thailek T, Wiroonpanich W, Punthmatharith B. Effects of Mobile Application for Enhancing Oral Care Self-Efficacy on Preventive Behavior and Occurrence of Oral Mucositis in School-aged Children with Cancer Receiving Chemotherapy. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*. 2021;41(1):37–53.(in Thai).
21. Chasri D, Pookboonmee R, Orathai P. Effect of Self-Efficacy Promotion on Caregiver's Confidence of Participation in Child Care before Discharge from Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(3):234–42.(in Thai).
22. Niltaya T, Limpisthian S, eenawat A, Intharak C., editor. Development of Knowledge Management Model for Quality Assurance in Education at Princess of Naradhiwas University. *Journal Parichat*. Tuksin University. 2016; 29(2):131–53.(in Thai).

อิทธิพลของความรู้และการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร

The influence of Knowledge and Self-regulation on Prevention Behavior
of Foot Complications in Patients with Type II Diabetes Live in
the Urban Community of Bangkok Metropolitan

รัฐกานต์ ขำเขียว ศนิกันต์ ศรีมณี ปรมัตถ์ กิจจานุกิจวัฒนา*

Ruttakarn Kamkhiew Sanikan Seemanee Poramat Kitchanukitwattana*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10160

Faculty of Nursing, Siam University, Bangkok, Thailand 10160

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Correlational predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยร่วมด้านความรู้และการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และขึ้นทะเบียนรักษาโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปริมณฑลกรุงเทพมหานคร จำนวน 138 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบวัดความรู้ การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า วิเคราะห์ความสัมพันธ์และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และการกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับต่ำและปานกลาง ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .168, p < .05$; $r = .669, p < .001$ ตามลำดับ) และการกำกับตนเองรายด้านสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ ร้อยละ 46.40

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท

Abstract

The objective of the correlational predictive research was to examine the predictive power of factors related to knowledge, self-regulation, and preventive behavior concerning complications in the feet of type 2 diabetes patients. The sample included individuals with type 2 diabetes aged 35 years and older, who were registered for diabetes treatment in primary care units in the Bangkok metropolitan area. The total sample size was 138 individuals. Data were collected through a questionnaire created by the researchers. The questionnaire included measures of knowledge, self-regulation, and preventive behavior related to foot complications. The study employed Pearson correlation and multiple linear regression statistics to analyze the relationships and predictive power of the variables, respectively.

Corresponding Author: *E-mail: poramat.kit@siam.edu

วันที่รับ (Received) 8 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 17 ม.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 27 ม.ค. 2567

The study found a positive correlation between knowledge and self-regulation with preventive behavior regarding foot complications in type 2 diabetes patients at low and moderate levels, with statistical significance ($r = .168, p < .05$; $r = .669, p < .001$, respectively). Additionally, self-regulation on the individual level was identified as a predictor, contributing to 46.40% of the variance in preventive behavior against foot complications.

Keywords: Foot Complications, Type II Diabetes, Urban Community

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก (International Diabetes Federation: IDF) ได้ทำนายไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2588 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมากถึง 642 ล้านคน โดยทุก 6 วินาที จะมีคนตายจากเบาหวาน โดยเฉพาะจากภาวะแทรกซ้อนเท้าเบาหวาน ซึ่งพบมากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ปัญหานี้นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงจากการตัดเท้าหรือขาและอาจทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น¹ ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการถูกตัดขามากกว่าผู้ป่วยอื่นมากถึง 25 เท่า ซึ่งร้อยละ 70 ของการถูกตัดขาทั้งหมดมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน² เช่นเดียวกันกับ ผลการสอบถามและสังเกตพบผู้ป่วยในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร ที่มารับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ บางคนไม่สนใจการเกิดแผลเล็กๆ ที่เท้า มีการสวมใส่รองเท้าแตะ ไม่เคยสำรวจเท้าด้วยตนเองและ ไม่ตระหนักถึงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจนต้องลงท้ายด้วยการเป็นแผลและถูกตัดขาเพิ่มมากขึ้น การจัดการกับปัญหานี้จำเป็นต้องมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการติดตามให้คำแนะนำในเรื่องการตรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอควบคู่กับการติดตามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่อย่างไรก็ตามระบบบริการปฐมภูมิในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร ยังไม่สามารถตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างทั่วถึง³ จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เทคโนโลยีการเมืองและเศรษฐกิจในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทเขตรอยต่อเมืองหลวงที่ดึงดูดการเข้ามาพักอาศัยในพื้นที่ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของประชากรและความต้องการการดูแลสุขภาพในขณะที่จำนวนผู้ให้บริการมีอยู่อย่างจำกัดและมักจะพบอัตราการเกิดโรคเบาหวานในผู้ชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง โดยพบภาวะแทรกซ้อนที่เท้าหรือภาวะเนื้อตายเป็นส่วนมาก⁴ นอกจากนี้ การขาดแคลนทรัพยากรที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตยังส่งผล

ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนเป็นอย่างมาก ถือเป็นอุปสรรคในการควบคุมโรค จนนำไปสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิต⁵ แม้กระทั่งในบุคลากรทางการแพทย์เองที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชาญเมือง ก็ยังพบว่าไม่สามารถมีพฤติกรรมที่เหมาะสมจนนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังจากปัจจัยการเจริญเติบโตของสังคมเมืองดังกล่าว⁶ การดูแลผู้ป่วยในชุมชนลักษณะนี้จึงทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีปัจจัยมากมายหลากหลายร่วมกันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น อายุ เพศ การศึกษาดัชนีมวลกายการมีโรคร่วม ระยะเวลาการเป็นโรค การมีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อาชีพ รายได้ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการกำกับตนเอง^{7,8,9,10} เป็นต้น ดังนั้น การควบคุมปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ด้วยตัวผู้ป่วยเบาหวานเอง ได้แก่ ความรู้และการกำกับตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจึงเป็นสิ่งสำคัญในป้องกันการสูญเสียขาหรือชีวิตจากโรคดังกล่าวของคนเมือง¹¹

ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดโดยใช้ฐานคิดที่ว่า การมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าควบคู่กับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดเท้าเบาหวานและการถูกตัดต่อวัยวะได้¹² จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่า ความรู้ เป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการกำกับตนเอง (self – regulation process) อ้างถึงในงานวิจัย¹³ อธิบายไว้ว่า บุคคลมีการกำหนดพฤติกรรมของตนเองเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบ คือ บุคคล (Personal Factors) พฤติกรรม (Behavior) และสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ผู้วิจัยเริ่มต้นประยุกต์ใช้จากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรคเพื่อนำความรู้ที่ได้มาใช้เป็นมาตรฐานเปรียบเทียบในการสังเกตตนเอง (self-observation) ว่ามีความสอดคล้องกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคมหรือไม่ เพื่อให้เกิดกระบวนการตัดสินใจ

(judgment process) ซึ่งกระบวนการนี้เกิดจากที่บุคคลพบว่า พฤติกรรมใดมีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคล ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจจากการกำหนดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานและคุณค่าที่เกิดขึ้นนี้ การตัดสินใจกำหนดพฤติกรรมดังกล่าวจะผลักดันให้เกิดความพยายาม ของบุคคลที่ทำให้ขั้นตอนสุดท้ายบรรลุผล นั่นก็คือ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) ที่เป็นทั้งกระบวนการตอกย้ำความสำเร็จ และยังเป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถในการกำกับควบคุมดูแลตนเองให้กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องเพียงพอจนกลายเป็นนิสัยที่เหมาะสมต่อสุขภาพได้ในที่สุด¹³ และผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนให้เกิดทักษะการกำกับตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ถูกจำกัดไปด้วยปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงและอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงผู้วิจัยสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการอ้างอิงและประกอบการเรียนการสอนในบทเรียนซึ่งจะต้องรู้ความรู้นี้เพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการกำกับตนเองและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน และความสามารถในการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้และการกำกับตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานครได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย (Correlational predictive research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน ขึ้นทะเบียนรักษาโรคเบาหวานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ในชุมชนลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร รักษาโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ = .05 ค่า power = .95 การประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร effect size เป็น .3 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ซึ่งสามารถใช้ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 115 ราย และเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ป้องกันการสูญหายของข้อมูล (ร้อยละ 20) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 138 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน (ครัวเรือน) ระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคร่วม ประวัติการฉาและการเกิดแผลที่เท้า การมาตรวจตามนัด 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ (ordinal scale) 3 ตัวเลือก ถูกได้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจและตอบผิดได้ 0 คะแนน แผลผล โดย คะแนนความรู้น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ระดับต่ำ คะแนนความรู้มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งแสดงว่ามีความรู้อยู่ในระดับสูง 3) แบบสอบถามเรื่องความสามารถในการกำกับตนเอง จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า (ordinal scale) 4 ระดับ ตั้งแต่มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจน้อย และมั่นใจน้อยที่สุด และ 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า (ordinal scale) 4 ระดับ คือ ทำทุกครั้ง ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง และไม่ทำเลย แบบสอบถามชุดที่ 3 และ 4 แปลความหมายโดยเทียบเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99 หมายถึง ระดับ

ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ .60, .65 และ .68 ตามลำดับ หาความเชื่อมั่นโดยการทดสอบว่าแบบทดสอบความรู้แต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับข้ออื่น ๆ ในฉบับเดียวกันหรือไม่ด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ($KR-20 = .623$) และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .802 และ .829 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เอกสารรับรองเลขที่ SN-IRB 2566/003.22/08/66 รับรองเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2566 หมดอายุวันที่ 23 ตุลาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละแห่งที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที โดยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ใช้รหัสแทนการระบุชื่อและรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน และการกำกับตนเองกับพฤติกรรม การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) และค้นหาตัวแปรพยากรณ์ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าโดย

ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของสถิติที่ใช้แล้วว่าเป็นข้อมูลที่มีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังจะเห็นได้จากค่า Durbin-Watson อยู่ระหว่าง 1.5–2 (1.693)

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.9) มีอายุเฉลี่ย 58.32 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.6) รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. (ร้อยละ 18.1) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 1,1626.81 บาท ส่วนมากมีระยะเวลาการเกิดโรคอยู่ที่ 5–9 ปี (ร้อยละ 39.1) รองลงมา คือ น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 29.7) และ 10 – 19 ปี (ร้อยละ 18.1) ตามลำดับ มากกว่าครึ่งควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (ร้อยละ 72.5) รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด (ร้อยละ 78.3) ตรวจรักษาตามนัด (ร้อยละ 97.8) ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 53.6) มีญาติสายตรงที่เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 55.8) มีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 31.9) รองลงมา คือ โรคอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 31.2) น้ำหนักเกิน (ร้อยละ 21.7) และโรคอ้วนระดับ 2 (ร้อยละ 11.6) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 71) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 67.4) เคยมีอาการชา (ร้อยละ 50.7) และเคยเกิดแผลที่เท้า (ร้อยละ 6)

2. ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้โดยรวมเท่ากับ 9.01 อยู่ในระดับ สูง ($M < 7.50$) โดยพบว่า ประเด็นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมีคะแนนเฉลี่ย 5.51 ($M > 4.00$) อยู่ในระดับสูง และความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค มีคะแนนเฉลี่ย 3.50 อยู่ในระดับต่ำ ($M < 3.50$) มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมการกำกับตนเอง เท่ากับ 2.73 อยู่ในระดับปานกลาง โดย มีคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองด้านการรับประทานอาหาร เท่ากับ 2.87 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับประทานยา เท่ากับ 2.27 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 2.70 อยู่ในระดับปานกลาง และมีด้านการจัดการกับความเครียด เท่ากับ 3.07 อยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เท่ากับ 2.63 อยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .352$ และ $r = .044$ ตามลำดับ) ปัจจัยการกำกับตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการจัดการ

กับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .483$, $r = .356$, และ $r = .473$ ตามลำดับ) และปัจจัยการกำกับตนเองด้าน

การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .581$)

ตารางวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($n = 138$)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	.020	.284		.070	.945
1. ความรู้เรื่องโรค (X1)	.037	.027	.098	1.343	.182
2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค (X2)	-.042	.038	-.080	-1.124	.263
3. กำกับตนเองด้านการรับประทานอาหาร (X3)	.209	.095	.171	2.191	.030*
4. กำกับตนเองด้านการรับประทานยา (X4)	.153	.061	.173	2.507	.013*
5. กำกับตนเองด้านการออกกำลังกาย (X5)	.331	.068	.384	4.848	.000**
6. กำกับตนเองด้านการจัดการกับความเครียด (X6)	.232	.078	.222	2.959	.004*

$R = .681$, $R^2 = .464$, $\text{adj.}R^2 = .448$, $\text{sig. } F = 28.798^{***}$ $SE = .53569$ $p\text{-value} = .000$

ค่า * $p < .05$ และ ** $p < .001$

การกำกับตนเองรายด้านสามารถร่วมกันพยากรณ์ระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานครได้ ร้อยละ 46.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากสมการถดถอยที่คำนวณโดยใช้คะแนนดิบ คือ $\hat{Y} = 0.020 + 0.209(X3) + 0.153(X4) + 0.331(X5) + 0.232(X6)$ ซึ่งหมายความว่า ยิ่งมีระดับความสามารถในการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากเท่าไร จะสามารถร่วมกันทำนายการเพิ่มขึ้นของระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้มากขึ้นเท่านั้น

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้ที่พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 และยังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยได้ อาจเนื่องมาจากความเคยชินกับกิจวัตรประจำวันจนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ ถึงแม้ว่า

ผู้ป่วยจะมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับสูงก็ตาม แตกต่างกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานจากหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสมุทรสาครมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05¹⁴ นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันเท้าเบาหวานซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคดังกล่าว ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เท้าให้มากขึ้น¹⁵

ปัจจัยการกำกับตนเองด้านการรับประทานอาหารที่พบว่า ผู้ป่วยมีการกำกับตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.001 และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่เป็นเบาหวาน อาศัยอยู่ในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ผ่านการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ระดับ

น้ำตาลในเลือดยังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05¹⁶ หมายความว่า การกำกับตนเองด้านการควบคุมอาหารสามารถนำไปกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

ปัจจัยการกำกับตนเองด้านการรับประทานยา
ที่พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการกำกับตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยารักษาเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Adjusted OR = 2.02, 95%CI =1.25–3.27, p = 0.004)¹⁷ หมายความว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการใช้ยายังมีความจำเป็นในการควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลเลือดสูง ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง

ปัจจัยการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกาย
ที่พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการกำกับตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 สอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้าที่ประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายรำมวยปล้ำประยุกต์และการบริหารเท้า 10 ท่า แล้วพบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเท้าหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹⁸ เช่นเดียวกันกับงานวิจัยการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่เข้าร่วมกำหนดกิจกรรมการออกกำลังกาย แล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมทุกด้านสูงขึ้นกว่าก่อนทำกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁹ อธิบายได้ว่า การสนับสนุนกิจกรรมทางกายยังมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ปัจจัยการกำกับตนเองด้านการจัดการกับความเครียดที่พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการกำกับตนเองด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับมาก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 สอดคล้องกับผลการศึกษา²⁰ ที่พบว่าพฤติกรรมจัดการกับความเครียดในระดับดีของกลุ่มตัวอย่างควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 2 เท่า แตกต่างกับผลการศึกษาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับระดับน้ำตาลในเลือด แต่อย่างไรก็ตามควรให้ความสำคัญในการคัดกรองความเครียด เพราะหากเกิดความเครียดที่ไม่ได้รับการจัดการอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด²¹ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยควรส่งเสริมให้เกิดการเฝ้าระวังสังเกตตนเองเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าผ่านกระบวนการกำกับตนเองด้านการจัดการกับความเครียดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงดังกล่าว

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีระดับพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีพอ กล่าวคือ ส่วนใหญ่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีน้ำหนักเกิน เป็นโรคอ้วนและเคยมีประสบการณ์ของอาการชาเท้า ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านอายุและระดับการศึกษาที่อาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตน อาจอธิบายได้ว่าการเพิ่มความสามารถในการกำกับตนเองอาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่มากเพียงพอต่อการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนให้มีการกำกับตนเองด้านการบริโภคอาหาร-ยา การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้²² และสามารถชะลอการเกิดเท้าเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

เจ้าหน้าที่ควรจัดบริการให้ผู้ป่วยในความดูแลของตนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เพื่อเพิ่มประสบการณ์ของผู้ป่วยในกระบวนการเพิ่มความสามารถในการกำกับตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเองจากการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งในบริบทเชิงสังคมและเชิงวัฒนธรรมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในชุมชนที่มีลักษณะการดำเนินชีวิตแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท

References

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th edition. 2021; 4 – 5.
2. Eiamsomboon T, Keangkanapant T, Keangkanapant M, and Benchakun S. The effects of a self-foot care program on foot care and self-wound management in diabetes patients at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon Province. Journal of Public Health Science, 2017; 47(3): 289 - 99. (in Thai)
3. Non-Communicable Diseases Bureau, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for Screening, Prevention, and Management of Foot Complications in Diabetes Patients. 1st edition. Kongprasert, J., Wachirsinn, S. and Apinyakul, T. Editors. Bangkok: Chumnumsan Cooperative Agricultural Printing Limited Partnership; 2015.
4. Stancu B, Ilyés T, Farcas M, Coman H.F, Chis B.A, and Andercou O.A. Diabetic Foot Complications: A Retrospective Cohort Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023; 20: 187. doi: 10.3390/ijerph20010187. 125 – 36.
5. Saengprasit P, & Wiroj J. Predictors of health-promoting behaviors in a semi-urban community in the suburban area of Bangkok. Journal of Science and Technology, 2017; 23(1): 113-26. (in Thai)
6. Benyapad P, Wongrostri Y, Podjamanpong P, Trongtrakul K, & Phairatwet P. Food Consumption Behaviors and Non-Communicable Disease among Urbanized Medical Personnel. Journal of Thai Royal Army Nurses, 2022; (23)3: 137-48. (in Thai)
7. Sasai T, Muktapahan B, & Uttamavetin P. Factors related to foot care behaviors of type 2 diabetes patients in Kham Bo Subdistrict, Waritchaphum District, Sakon Nakhon Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital, 2018; 21(1): 87-98. (in Thai)
8. Somtua P, Pichayapinyo P, Theingtham W, & Sujirarat D. Predictors of eating behaviors in type 2 diabetes patients. Journal of Public Health Nursing, 2016; 30(1): 1-12. (in Thai)
9. Boonruang S, Silawan T, Kitipichai W, & Ruwirakul T. Factors and behaviors for preventing complications in type 2 diabetes patients in Bang Kratom District, Phitsanulok Province: A comparative study between patients with and without complications. Eastern Asia University Journal of Science and Technology, 2016; 10(1): 180-92. (in Thai)
10. Namwongphrom A, & Pakdewong N. Foot ulcers and factors related to foot ulcer development in type 2 diabetes patients. Journal of Nursing Council, 2010; 25(3): 51-63. (in Thai)
11. Olowo S, Iramiot JS, Ssenyonga LV. Knowledge of diabetic foot complication, self-care beliefs and practices among patients attending a tertiary hospital in Eastern Uganda. International Journal of Africa Nursing Sciences, 2022; 16: 100402. doi: 10.1016/j.ijans.2022.100402.
12. Pourkazemi A, Ghanbari A, Khojamli M, Balo H, Hemmarti H, Jafaryparvar Z, & Motamed B. Diabetic foot care; knowledge and practice. BMC Endocrine disorders, 2020; doi: 10.1186/s12902-020-0512-y.

13. Punyapet K, Maharachpong N, & Rodjarkpai Y. Factors Associated with Self-Care Behaviors Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 2021; 31: 151 – 63. (in Thai)
14. Kanthachale S, & Muktapphan B. The relationship between self-care behaviors and beliefs about diabetes with blood sugar control in type 2 diabetes patients in an ethnically diverse area, Na Kae District, Nakhon Phanom Province. *Srinakharinwirot Medical Journal*, 2021: 36(1): 97-104. (in Thai)
15. Sasee T, Muktabhant B, & Uttamavatin P. Factors Associated with Foot Care Behavior of Type 2 Diabetic Patients Living in Kham Bo Dubdistrict, Warintchaphum District, Sakon Nakhon Provice. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 2018; 20(1): 87 – 98. (in Thai)
16. Khampeng S, Boonpradit A, Prommarut A, & Poysungnoen Y. The Effects of the Self-directed Programs on Food Consumption, Exercise, Body Weight and Blood Sugar Levels among Diabetic Patients in Muang District, Lopburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 2019; 74 – 85. (in Thai)
17. Phajan T, Suwannaphant K, Anarat B, & Thalakorn N. Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Thabo, Nong Khai, Thailand. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 2022; 16(1): 285 – 98. (in Thai)
18. Janpech P, Glingasorn A.P, & Srinoi W. Effect of Foot Care Behaviors Promoting Program among Diabetic Patients in Phra That Sub-district, Chiang Khwan District, Roi Et Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 2019; 13(3): 94 – 105. (in Thai)
19. Phinyo P, Phinyo K, Mahem K, Supapinij C, & Paungtai P. Development of Self-management Guidelines for Patients with Type 2 Diabetes in the Semi-urban, Semi-rural Community. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 2021; 41(4): 100 – 14. (in Thai)
20. Sreeriphap W. Self-care Behavior, a Follow-up Appointment, and Blood Sugar Levels among Controlled and Uncontrolled Diabetic Patients. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 2021; 1(2): 57 – 68.
21. Pirom M. Association of Stress & Depression with Controlling Blood Sugar Among Diabetes Mellitus Type 2 Patients at Samakkee Primary Health Care Center, Mahasarakham Province. *Mahasarakham hospital journal*, 2022; 19(3): 125 – 36. (in Thai)
22. Masinboon K, Muangkum S, & Mahagaynunt S. Factors related to preventive behaviors for diabetes in the risk group for developing diabetes. *Journal of Nursing*, 2017; 27(2): 214 - 27. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน ของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง

The Relationship between Motivation and Core Performance Competencies of Public Health Officers at Primary Care Units in Trang Province

โกวิท แท่งทอง*¹ มิ่งขวัญ ศิริโชติ²

Gowit Tangtong*¹ Mingkwan Sirichote²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมมะขาม ตรัง ประเทศไทย 92150

¹Banlammakham Health Promotion Hospital Trang Thailand 92150

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10240

²Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University Bangkok, Thailand 10240

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจ สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน และความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 136 คน โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แรงจูงใจ และสมรรถนะในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข และสมรรถนะในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.11$, $SD = 0.42$) และระดับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง อยู่ในระดับมาก ($M = 4.41$, $SD = 0.35$) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น องค์การจึงควรส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การสร้างแรงจูงใจ และความมั่นคงในชีวิตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข เช่น การเลื่อนขั้นเงินเดือน การได้เลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น และศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

คำสำคัญ : นักวิชาการสาธารณสุข, แรงจูงใจ, สมรรถนะหลัก, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This study is a descriptive study. The objective is to study the motivation. Main performance And the relationship between motivation and the main performance of the work of public health scholars in primary care services. Trang Province Sample group of 136 people by stratified random sampling primary randomization. Research tools a questionnaire consisting of general information, motivation and operational competency of public health scholars Analyze confidence values Of the questionnaire, motivation for the performance of

Corresponding Author: *E-mail: T.gowit6052@gmail.com

วันที่รับ (Received) 3 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 2 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 13 เม.ย. 2567

public health scholars And the performance of the public health scholars, the whole version is 0.92. Analyze the data with descriptive statistics and peer correlation coefficient ridge.

The results show that the sample has an incentive level for the performance of public health scholars in Primary care services are at a high level ($M = 4.11$, $SD = 0.42$) and the main competency level in the operation of the health academics in primary care services Trang Province is at a high level ($M = 4.41$, $SD = 0.35$) Motivation has a high level of positive relationship with the primary performance of the work of public health scholars in primary care units. Statistically significant at level .01

Therefore, the organization should encourage progress in work. Motivation And stability in the lives of personnel working in the position of public health academics, such as salary promotion Higher promotion And study for more knowledge

Keywords: public health officer, Motivation, Core Performance, Primary Care Units,

บทนำ

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้จัดทำโมเดลสำหรับสมรรถนะข้าราชการพลเรือนไทย คือ สมรรถนะหลัก (Core Competency) เพื่อเสริมสร้างให้การทำงานของข้าราชการ บุคลากรภาครัฐ และส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น การมุ่งเน้นสมรรถนะหลัก (Core Competency Focus) เป็นการที่หน่วยงานกำหนดคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมเป็นคุณลักษณะร่วมของบุคลากรทุกตำแหน่ง เพื่อเป็นการหล่อหลอมค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วมกันในการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างเป้าหมายขององค์กรกับความสามารถของบุคลากรที่จะตอบสนองความสำเร็จขององค์กรตามที่ตำแหน่งงานหรือองค์กรต้องการ เป็นสิ่งที่ทุกคนในองค์กรต้องมีเพื่อที่จะทำให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้สำเร็จลุล่วงตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย แผนงาน และโครงการต่าง ๆ ขององค์กร ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้กำหนดสมรรถนะหลัก 5 ด้านคือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ความยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม และการทำงานเป็นทีม¹

หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) เป็นหน่วยบริการสุขภาพด้านแรกของระบบบริการสุขภาพ ที่ดูแลสุขภาพประชาชนในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด ให้บริการที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ ให้การดูแลเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน ไม่เฉพาะรายบุคคลเป็นการดูแลในทุกด้านที่ส่งเสริม

และสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชนโดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมคูล²

นักวิชาการสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีความพร้อมของสมรรถนะหลัก (Core Competency) และสมรรถนะเพิ่มเติม ที่มีประสิทธิภาพและมีความเฉพาะสำหรับตำแหน่ง เพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพแก่ประชาชนจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขกรณีศึกษาเขตบริการสุขภาพที่ 4 ด้านปัจจัยด้านแรงจูงใจ พบว่า ด้านที่ 1 ความสำเร็จของงาน ด้านที่ 2 การยอมรับนับถือ ด้านที่ 3 ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ด้านที่ 4 ความรับผิดชอบ ด้านที่ 5 ความก้าวหน้า ด้านที่ 6 โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต ด้านที่ 7 นโยบายและการบริหารงาน ด้านที่ 8 ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านที่ 9 สภาพการปฏิบัติงาน ด้านที่ 10 สถานภาพตำแหน่งงาน ด้านที่ 11 ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และด้านที่ 12 ความเป็นส่วนตัว มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพเขตที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และการศึกษา ผลการศึกษาแรงจูงใจด้านปัจจัยข้างต้นในแต่ละด้านนั้นเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ในการทำงานที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจในงานและคอยจ้ำจูนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน³ และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลนั้น ควรจะปรับปรุง ด้านความมั่นคงในการทำงาน การไม่ได้รับการบรรจุของนักเรียนทุน ปัจจุบันต้องทำการสอบแข่งขันเพื่อบรรจุราชการ และความไม่มั่นคงด้านรายได้จากการปฏิบัติงาน และควรดูแลเรื่องสวัสดิการความเป็นอยู่ ตามสิทธิและให้มีความเหมาะสม เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และจัดระบบดูแลรักษาความปลอดภัยให้สำหรับการขึ้นเวรปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาราชการโดยเฉพาะที่เป็นพื้นที่เสี่ยงควรมีมาตรการป้องกันที่ดีมีประสิทธิภาพ จากที่กล่าวมานั้นพบว่าในการศึกษาด้านสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานมีงานวิจัยที่ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเฟรดเดอริก เฮิร์ซเบิร์ก ซึ่งกล่าวว่ามีปัจจัยอยู่ 2 ประการที่เป็นแรงจูงใจทำให้คนอยากทำงาน คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivator factors) และปัจจัยค่าจูน หรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene factors)³ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมมะขาม ตำบลเขาไม้แก้ว อำเภอสีเกา จังหวัดตรัง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข ในหน่วยบริการระดับ ปฐมภูมิ จังหวัดตรัง เพื่อเป็นใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุง กำหนดสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับการให้บริการได้อย่างมีมาตรฐาน และส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพบรรลุตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย แผนงาน และโครงการต่างๆขององค์กร อีกทั้งข้อมูลที่ได้ยังเป็นประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ที่สนใจ เพื่อใช้ในการพัฒนาองค์กรได้อีกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจและสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง

คำถามวิจัยการวิจัย

แรงจูงใจและปัจจัยค่าจูนมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง หรือไม่

สมมติฐานของการศึกษา

ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค่าจูนมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสองปัจจัยซึ่งเป็นทฤษฎีแรงจูงใจของเฟรดเดอริก เฮิร์ซเบิร์ก กล่าวว่ามีปัจจัยอยู่ 2 ประการ ที่เป็นแรงจูงใจทำให้คนอยากทำงานคือปัจจัยจูงใจ (Motivator factors)และปัจจัยค่าจูน (Hygiene factors)⁴ ดังกรอบแนวคิดนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

1. ปัจจัยจูงใจ
 - 1) ลักษณะของงานที่ทำ
 - 2) ความรับผิดชอบที่ได้รับ
 - 3) ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน
 - 4) การได้รับการยอมรับนับถือ
 - 5) ความสำเร็จในการทำงาน
2. ปัจจัยค่าจูน
 - 1) นโยบายและการบริหารงาน
 - 2) การปกครองบังคับบัญชา
 - 3) เงินเดือน
 - 4) สภาพการทำงาน
 - 5) ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน
 - 6) ความมั่นคงในงาน

- สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข
- 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์
 - 2) การบริการที่ดี
 - 3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ
 - 4) การยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม
 - 5) การทำงานเป็นทีม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ 2566 โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 จำนวน 209 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง จำนวน 136 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน⁵

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ได้แก่

1. นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ 2566
2. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (โดยได้มีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน)

เกณฑ์ในการคัดเลือกรออกจากกลุ่ม คือ นักวิชาการสาธารณสุขที่ขอลอนตัวออกจากการวิจัยขณะเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษารายได้ ระยะเวลาปฏิบัติงาน การอบรมสมรรถนะ และการผ่านการรับรองใบประกอบวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 33 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขได้กำหนด 5 ระดับ พิจารณาตามช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 0.50 - 1.49 หมายความว่า ระดับแรงจูงใจน้อยที่สุด 1.50 - 2.49 หมายความว่า ระดับแรงจูงใจน้อย 2.50-3.49 หมายความว่า ระดับแรงจูงใจปานกลาง 3.50 - 4.49 หมายความว่า ระดับแรงจูงใจมาก 4.50 - 5.00 หมายความว่า ระดับแรงจูงใจมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 25 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขได้กำหนด 5 ระดับ พิจารณาตามช่วง

คะแนนเฉลี่ยดังนี้ 0.50- .49 หมายความว่า ระดับการปฏิบัติงานน้อยที่สุด 1.50-2.49 หมายความว่า ระดับการปฏิบัติงานน้อย 2.50-3.49 หมายความว่า ระดับการปฏิบัติงานปานกลาง 3.50-4.49 หมายความว่า ระดับการปฏิบัติงานมาก 4.50-5.00 หมายความว่า ระดับการปฏิบัติงานมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

หาค่าความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย รองคณบดีฝ่ายบริหารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง¹ ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิเกา จังหวัดตรัง 1 ท่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ออก อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง 1 ท่าน โดยมีค่าความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.67-1.00 โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เขตพื้นที่ 4 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอสิเกา อำเภอห้วยยอด อำเภอวังวิเศษ และอำเภอรัษฎา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม ใช้วิธีหาค่าสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach โดยค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 แบ่งตามประเด็นสอบถามได้ดังนี้ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข เท่ากับ 0.96 และสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขเท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ขอรับรองจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ เลขที่ 032/2566 อนุมัติวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับแบบสอบถามจะถูกทำลายทันทีเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น และเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนกรกฎาคม 2566 ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อเพื่อทำหนังสือแนะนำตัว จากสาขาวิชาบริหารสาธารณสุขคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง และจัดทำหนังสือขออนุญาตถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลหน่วยงานในความรับผิดชอบ

2. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อแจ้งรายละเอียดในการเก็บข้อมูล โดยแจ้งให้แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติเกี่ยวข้อง ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยแจ้งรายชื่อนักวิชาการสาธารณสุขทราบ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม โดยสมัครใจพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดให้ทราบและขอความร่วมมือในการเป็นตัวอย่าง

3. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นรวบรวมข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์⁶ ดังนี้ ค่า r ดังนี้ 0.01 -0.20 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก 0.21-0.40 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับต่ำ 0.41-0.60 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 0.61-0.80 หมายถึง ความสัมพันธ์ ระดับสูง และมากกว่า 0.81 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับสูงมาก⁶

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.10 อายุอยู่ระหว่าง 22 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.20 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 54.40 ระดับการศึกษา อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 89.00 มีรายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน) จำนวน 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.10 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 5 ปีหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 46.30 ไม่เคยผ่านการอบรมสมรรถนะในรอบ 1 ปีงบประมาณที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 73.50 และเคยผ่านการรับรองใบประกอบวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.40

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง โดยภาพรวมและรายด้าน (n = 136)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	M	SD	ระดับการแรงจูงใจ
ปัจจัยจูงใจ			
1. ลักษณะของงานที่ทำ	4.21	0.46	มาก
2. ความรับผิดชอบที่ได้รับ	4.06	0.54	มาก
3. ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	3.93	0.76	มาก
4. การได้รับการยอมรับนับถือ	4.15	0.55	มาก
5. ความสำเร็จในการทำงาน	4.25	0.49	มาก
รวม	4.12	0.44	มาก
ปัจจัยค้ำจุน			
1. นโยบายและการบริหารงาน	4.13	0.53	มาก
2. การปกครองบังคับบัญชา	4.17	0.50	มาก
3. เงินเดือน	3.71	0.87	มาก
4. สภาพการทำงาน	4.13	0.62	มาก
5. ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	4.28	0.58	มาก
6. ความมั่นคงในงาน	4.20	0.58	มาก
รวม	4.11	0.46	มาก
ภาพรวมของแรงจูงใจ	4.11	0.42	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง โดยภาพรวมมีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.11$, $SD = 0.42$) โดยปัจจัยจูงใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.44$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านที่ 5 ความสำเร็จในการทำงาน ($M = 4.25$, $SD = 0.49$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านที่ 1 ลักษณะของงานที่ทำ

($M = 4.21$, $SD = 0.46$) อยู่ในระดับมาก และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ($M = 3.93$, $SD = 0.76$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

และปัจจัยค้ำจุน ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.11$, $SD = 0.46$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านที่ 5 ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ($M = 4.28$, $SD = 0.58$) รองลงมา คือ ด้านที่ 6 ความมั่นคงในงาน ($M = 4.20$, $SD = 0.58$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านนโยบายและการบริหารงาน ($M = 4.13$, $SD = 0.53$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจ กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง ($n = 136$)

แรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข	
	r_{xy}	p-value
แรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	0.630**	<0.001
ปัจจัยจูงใจ	0.589**	<0.001
ปัจจัยค้ำจุน	0.932**	<0.001

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจ กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยภาพรวมแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.630^{**}$) ในระดับสูง กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.589^{**}$) ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปัจจัยค้ำจุน ($r = 0.932^{**}$) ในระดับสูงมาก กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ พบว่า แรงจูงใจในการ

ปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง โดยภาพรวมมีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.11$, $SD = 0.42$) โดยปัจจัยจูงใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.44$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านที่ 5 ความสำเร็จในการทำงาน ($M = 4.25$, $SD = 0.49$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านที่ 1 ลักษณะของงานที่ทำ ($M = 4.21$, $SD = 0.46$) อยู่ในระดับมาก และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ($M = 3.93$, $SD = 0.76$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

และปัจจัยค้ำจุน ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.11$, $SD = 0.46$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านที่ 5 ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ($M = 4.28$, $SD = 0.58$) รองลงมา คือ ด้านที่ 6 ความมั่นคงในงาน ($M = 4.20$, $SD = 0.58$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านนโยบายและการบริหารงาน ($M = 4.13$, $SD = 0.53$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลางกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานกล่าวคือ ตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ปัจจัยจูงใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรงเป็นปัจจัยที่สร้างความพึงพอใจให้บุคคลรักงานและชอบงานทำให้บุคคลในองค์การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียน พบว่าระดับแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับปานกลาง⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนอบรรณสมรรถนะบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกพบว่า สมรรถนะหลักของบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกมี 5 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) การบริการที่ดี 3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ จริยธรรม และ 5) การทำงานเป็นทีม⁸ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขกรณีศึกษาเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข⁹ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.390$, $p\text{-value} < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค่าจ้างและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยค่าจ้างของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบุรี¹⁰ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 สอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า แรงจูงใจภาพรวม¹¹ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.78$, $SD = 0.45$) สอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขเขตจังหวัดนราธิวาส¹¹ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ พบว่า แรงจูงใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก¹²

ปัจจัยค่าจ้างมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของการปฏิบัติงานนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง พบว่า ปัจจัยค่าจ้าง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมาก กับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานซึ่งปัจจัยค่าจ้างทำให้แรงจูงใจในการทำงานของบุคคลมีอยู่ตลอดเวลาถ้าไม่มีหรือมีในลักษณะไม่สอดคล้องกับบุคคลย่อมจะทำให้บุคคลในองค์การนั้นเกิดความไม่ชอบงาน และสอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส พบว่า ปัจจัยค่าจ้างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขเขตจังหวัดนราธิวาส¹² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขกรณีศึกษาเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข³ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก¹³ ($M = 3.90$, $S.D. = 0.37$) และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะผู้นำและแรงจูงใจในการทำงานที่มีผล ต่อความผูกพันต่อองค์การ ของบุคลากรกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยค่าจ้างด้านสภาพการทำงานมีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข¹⁴ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร ควรมีการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานตามความรับผิดชอบของงานที่ได้รับให้มีความเหมาะสมกับศักยภาพและสมรรถนะแต่ละบุคคล โดยมีการติดตามประเมินผล

การปฏิบัติงานด้วยความเป็นธรรม พร้อมสร้างความมั่นคงในชีวิตด้วยการส่งเสริมให้มีระดับเงินเดือน ตามความสำเร็จของการทำงานแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

2. ด้านปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีความพร้อมของสมรรถนะหลัก (Core Competency) และสมรรถนะเพิ่มเติม ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความสามารถเฉพาะสำหรับตำแหน่ง เพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพแก่ประชาชน

3. ด้านการส่งเสริมการวิจัย ควรสนับสนุนให้บุคลากรมีผลงานทางวิชาการด้านการวิจัยเพื่อพัฒนางาน และสนับสนุนให้มีทิศทางการทำงาน ที่มีความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้อง เช่น ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และคุณภาพชีวิตของนักวิชาการสาธารณสุขหรือวิชาชีพอื่น ๆ ในหน่วยบริการสาธารณสุข

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานสาขาอื่นๆ เพื่อหาแนวทางพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน ให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานตำแหน่งหน้าที่ต่อไป

References

1. Office of the Civil Service Commission. Manual for determining civil service competency: Core competency manual. Bangkok: Prachumchang Company Limited; 2010. (in Thai)
2. Sriwanitchakorn S, Yana T, Chalodet B. Situation of the primary care system in Thailand in 2010. Nakhon Pathom: Community Health Systems Research and Development Office; 2011. (in Thai)
3. Loungmaung S, Noimuenwai P, Srisawas K. Factors Influencing Competencies of Nursing Anesthetists at Hospitals under the Ministry of Public Health in Health Region 9 (Nakhon Chai Burin). Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 442-9. (in Thai)
4. Herzberg, F. M. The motivation to work, New York: John Wiley & Sons; 1959.
5. Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-10.
6. Wiersma W, Jurs SG. Research Methods in Education. 9th ed. Boston : Allyn-Bacon; 2019.
7. Kulpakdee R. The Relationship between Selected Factors and Nurse's Motivations for Working in The ASEAN Community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 14(3): 96-104. (in Thai)
8. Srikanok W. The Development of Competency Framework of the Royal Thai Army Nursing College's Personnel. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2013; 14(3): 151-8. (in Thai)
9. Rungruang S, Prutipinyo C, Sirichotiratana N, Usathaporn S. Factors associated with the competency of public health technical officers : A case study of regional service provider 4. Public Health & Health Laws Journal. 2015; 2(1): 31-43. (in Thai)
10. Prokeaw N. Factors Related to the Participation of Personnel in Quality Development of Tambon Health Promoting Hospitals in Phetchaburi Province. (Thesis) Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2018. (in Thai)

11. Seneevong Na Ayuthaya T. Motivation Affecting The Performance of Public Health Officers at Sub-District Health Promotion Hospitals in Roi Et Province. (Thesis) Khon Kaen: Khon Kaen University; 2018. (in Thai)
12. Soomkan R, Poum A. Motivation Factor Effecting to Participation in Primary Care Unit Development Among Health Personnel in Narathiwat Province. Journal of Science and Technology. 2020; 7(2): 85-99.
13. Sirichan K, Buapan P. Motivation and support from the organization that affects the performance according to the roles and responsibilities of academics. Subdistrict-level public health in Nong Khai Province. Khon Kaen University Research Journal (Graduate Studies Edition). 2016; 7(4), 58-66. (in Thai)
14. Pojsompong J. Leadership and work motivations affecting organizational commitment of staff in strategic and planning division of the permanent secretary office, ministry of public health. (Thesis) Bangkok: Sripatum University; 2017. (in Thai)

อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล และสัมพันธภาพในทีมการพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย ในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Effect of Strategic Leadership among Nursing Executives and Relationships Among Nursing Team on Safety Cultures in the New Normal Era at Kalasin Hospital

วนิดา ภาณุตานนท์** เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย* เรณูการ์ ทองคำรอด

Wanida Pawapootanon** Premruetai Noimuenwai* Renukar Thongkhamrod

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

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

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลและสัมพันธภาพในทีมการพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และ 2) ศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลและสัมพันธภาพในทีม การพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 172 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย สัมพันธภาพในทีมการพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ .83, .90 และ .93 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89, .87 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มลดตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล สัมพันธภาพในทีมการพยาบาล วัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่โดยรวมทุกตัวอยู่ในระดับมาก 2) ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลและสัมพันธภาพในทีมการพยาบาลสามารถทำนายความแปรปรวนของวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ได้ร้อยละ 75.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงปฏิบัติการและศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์, สัมพันธภาพทีมพยาบาล, วัฒนธรรมความปลอดภัยและยุควิถีชีวิตใหม่

Abstract

The sample of this descriptive research its aimed 1) to investigate the strategic leadership of nursing executives, relationships among nursing team members, and the safety culture in the new normal era at Kalasin Hospital, 2) to investigate the influence of strategic leadership of nursing executives and relationships among nursing team members on safety culture in the new normal era. The sample comprised of 172 registered nurses in the inpatient department of Kalasin Hospital, selection by simple random sampling was applied. The research instruments consisted of the head nurse's strategic leadership, the relationships among members of the nursing team, and the safety culture in the hospital. The content validity index as examined by five experts were .83, .90, and .93 respectively. The Cronbach's alpha reliability coefficients of questionnaires were .89, .87, and .87 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The research findings were as follows: 1) the overall strategic leadership of nursing executives was at the highest level, the overall quality of relationships among nursing team members was at very level, and the overall safety culture in the new normal era at Kalasin Hospital was at a high level; and 2) The strategic leadership of nursing executives and relationships among nursing team members influenced and statistically predicted the variances of safety culture in the new normal era at 75.50 percent at the 0.001 significance level. However, additional studies should be conducted in practice and other variables that affect safety culture in the new way of life era.

Keywords: Strategic leadership, Nursing team relationship, Safety culture and New normal era

บทนำ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก เกิดความสูญเสียครั้งใหญ่ของกลุ่มประชากรทั่วโลก โรคนี้ได้ถูกประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern)¹ ซึ่งรวมถึงประเทศไทย ตั้งแต่ปลาย พ.ศ. 2562 ต่อเนื่องไปจนถึง พ.ศ. 2564 นำสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ทั้งด้านนโยบายเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยและนำไปสู่แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของสังคม ในความปกติใหม่² ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการขับเคลื่อนทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทย

เป้าหมายความปลอดภัยตามนโยบาย Patient and Personnel Safety ครอบคลุมความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข³ นโยบายนี้มุ่งเน้นการสร้างวัฒนธรรมความสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงที่ป้องกันได้ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ปัจจุบันสถานบริการ

สุขภาพต่างให้ความสำคัญกับการจัดการเพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย โดยถือว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ และเป็นการเริ่มต้นของการสร้างความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ และคณะกรรมการร่วมเพื่อการรับรองระบบงานขององค์กรสุขภาพ (The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO) ได้ให้การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยประจำปีเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับศตวรรษที่ 21 คือผู้นำเชิงกลยุทธ์เป็นผู้วางแผน ออกแบบ หรือกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ให้แก่องค์กร รวมทั้งการนำเอากลยุทธ์ลงสู่การปฏิบัติ⁴ ดังนั้น ผู้บริหารทางการแพทย์ที่มีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์จะช่วยนำพาองค์กรให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคที่มีวิกฤต การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ทีมสุขภาพและทีมการพยาบาลเข้าใจการเปลี่ยนแปลง วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และทิศทางการดำเนินงานขององค์กรได้อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรม องค์กรบรรลุ

ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาลในช่วงวิถีชีวิตใหม่นอกจากจะขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์แล้ว ยังขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพในทีมการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องสามารถสร้างสัมพันธภาพในทีมการพยาบาล ซึ่งจะก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายขององค์กร คุณสมบัติของผู้นำทางการพยาบาลที่สามารถยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นนักแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและมีกลยุทธ์ สัมพันธภาพในทีมการพยาบาลระหว่างพยาบาลประจำการ คณะผู้อำนวยการและคณะผู้นำทางการพยาบาล และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและความเชื่อมั่น⁵ การยอมรับข้อผิดพลาดที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Human Errors) และปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น ผู้บริหารการพยาบาลกับบุคลากรต้องร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมที่แท้จริง จึงถือได้ว่าเป็นความสำเร็จ สมบูรณ์ของงาน⁶ อันจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตโควิด-19

การเกิดภาวะวิกฤต การระบาดของโควิด-19 ภายใต้อำนาจของทรัพยากร ผู้บริหารทางการพยาบาลมีการนำบทบาทภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์และการสร้างสัมพันธภาพในทีมการพยาบาลเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ในภาวะวิกฤตดังกล่าวอย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลและสัมพันธภาพ

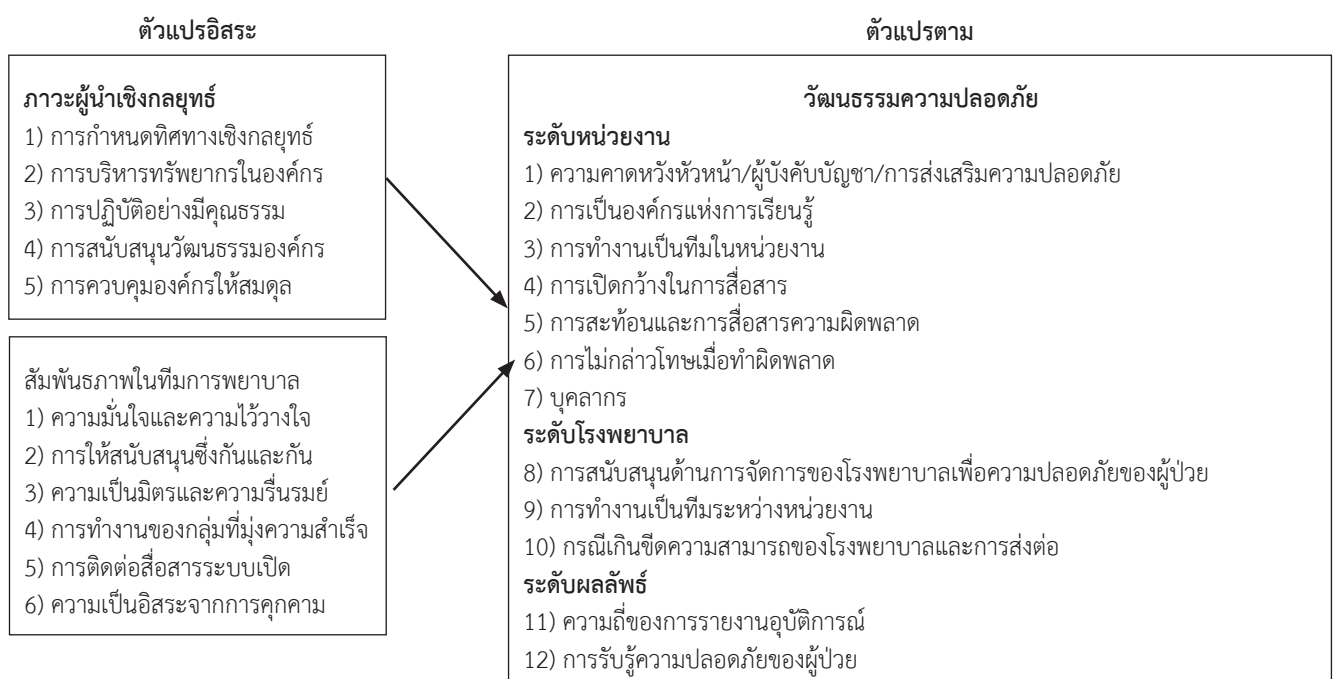
ในทีมการพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อจะได้มีข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้บริหารทางการพยาบาล มีภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้องค์กรสามารถวางแผนและดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยในองค์กร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล สัมพันธภาพในทีมการพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์และสัมพันธภาพในทีมการพยาบาล ต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิด

อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลและสัมพันธภาพในทีมการพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประยุกต์จากแนวคิดของเจฟส์⁵ กล่าวว่าผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์ เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพในทีม และคิดอย่างเป็นระบบ เข้าใจความซับซ้อนของระบบบริการทางสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย อันจะทำให้เกิดคุณภาพในการดูแล



สมมติฐานการวิจัย

ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์และสัมพันธ์ภาพในทีมการพยาบาล มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในที่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างน้อย 1 ปี จากจำนวนทั้งหมด 519 คน (ข้อมูลจากศูนย์ทรัพยากรบุคคล ณ วันที่ 30 เมษายน 2564)

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling size) คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ 2 ตัวแปร กำหนด effect size เท่ากับ .25 กำหนดระดับความเชื่อมั่น $\alpha = .05$ และอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 172 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple sampling random) เทียบเคียงจากสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละหน่วยงาน

เครื่องมือการวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับจากการศึกษาเอกสารและแบบสอบถามจากงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2) ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด 23 ข้อ 3) สัมพันธภาพในทีมการพยาบาล องค์ประกอบ 6 ด้าน รวม 29 ข้อ คำถามเชิงบวก 26 ข้อ เชิงลบ 3 ข้อ และ 4) วัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 39 ข้อ แบบสอบถาม 2, 3 และ 4 เลือกตอบเป็นมาตราส่วน Rating scale และแปลค่าเป็น Likert scale 5 ระดับ ผ่านการตรวจ

สอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ .83, .90 และ .93 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89, .87 และ .87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์ สัมพันธภาพในทีมการพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 022/2021R ให้ไว้ ณ วันที่ 22 กันยายน 2564 วันสิ้นสุดการอนุมัติ วันที่ 21 กันยายน 2565 หลังได้รับการอนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยสำรวจและสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวน จึงพบและอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้โดยตรงหรือทางโทรศัพท์ที่ได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งหมด 172 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 47.09) โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36.06 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.3) มีประสบการณ์การทำงาน 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.20) แผนกที่ปฏิบัติงานมากที่สุด คือ แผนกศัลยกรรม (ร้อยละ 18.60) รองลงมาหอผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 14.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย (ร้อยละ 96.50)

ตารางที่ 1 แสดง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลข้อมูลภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 172)

ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านการบริหารทรัพยากรในองค์กร	4.57	0.31	มากที่สุด
2. ด้านการปฏิบัติงานอย่างมีคุณธรรม	4.34	0.25	มาก
3. ด้านการควบคุมองค์การให้สมดุล	4.34	0.21	มาก
4. ด้านกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์	4.31	0.29	มาก
5. ด้านการสนับสนุนวัฒนธรรมองค์การ	4.26	0.22	มาก
รวม	4.37	0.17	มาก

จากตารางที่ 1 พยาบาลวิชาชีพรับรู้ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.17) จำแนกเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ด้าน โดยมีระดับสูงที่สุดคือ ด้านการบริหารทรัพยากรในองค์กร ($\bar{X} = 4.57$, S.D. = 0.31) น้อยที่สุดคือด้านการสนับสนุนวัฒนธรรมองค์การ ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 0.22) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลข้อมูล สัมพันธภาพในทีมการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 172)

สัมพันธภาพในทีมการพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. การให้ความสนับสนุนซึ่งกันและกัน	4.48	0.30	มาก
2. การติดต่อสื่อสารระบบเปิด	4.27	0.23	มาก
3. ความเป็นอิสระจากการคุกคาม	4.22	0.27	มาก
4. ความเป็นมิตรและความรื่นรมย์	4.15	0.22	มาก
5. การทำงานของกลุ่มที่มุ่งความสำเร็จของหน่วยงาน	3.39	0.21	มาก
6. ความมั่นใจและความไว้วางใจ	3.12	0.19	มาก
รวม	4.33	0.16	มาก

จากตารางที่ 2 พยาบาลวิชาชีพมีสัมพันธภาพในทีมการพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.16) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 6 ด้าน โดยมีระดับสูงที่สุดคือ การให้ความสนับสนุนซึ่งกันและกัน ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.30) รองลงมาคือ การติดต่อสื่อสารระบบเปิด ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 0.23) และน้อยที่สุดคือความมั่นใจและความไว้วางใจ ($\bar{X} = 3.12$, S.D. = 0.19) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลข้อมูลวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุคปกติใหม่ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 172)

วัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
วัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับหน่วยงาน			
1. ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน	4.52	0.26	มากที่สุด
2. ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4.40	0.30	มาก
3. ด้านการสะท้อน และการสื่อสารความผิดพลาด	4.37	0.31	มาก
4. ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร	4.29	0.26	มาก
5. ด้านความคาดหวัง และการส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้า	4.27	0.28	มาก
6. ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด	4.16	0.33	มาก
7. ด้านบุคลากร	4.09	0.40	มาก
วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล			
8. ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย	4.33	0.31	มาก
9. ด้านการสนับสนุนการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.29	0.35	มาก
10. ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	4.27	0.24	มาก
วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์			
11. ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ	4.41	0.25	มาก
12. ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน	2.58	0.42	ปานกลาง
รวม	4.12	0.12	มาก

จากตารางที่ 3 พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, S.D. = 0.26) รองลงมาคือ ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.25) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ($\bar{X} = 2.58$, S.D. = 0.42) ซึ่งมีความคิดเห็นในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 แสดง ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์และสัมพันธ์ภาพในทีมการพยาบาลที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n = 172)

ตัวพยากรณ์	B	SE	Beta	t	p-value
ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์	.016	.002	.489	6.56	.000***
สัมพันธ์ภาพในทีมการพยาบาล	.014	.002	.412	5.53	.000***

Constant = .997, Durbin-watson = 1.441, VIF = 3.825

***p <.001

วิเคราะห์ข้อมูลสมการถดถอยพหุคูณ ใช้สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ $\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2$

จากตารางที่ 4 แสดงถึงภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล และสัมพันธ์ภาพในทีมการพยาบาล มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 75.50 ส่วนที่เหลือเกิดจากอิทธิพลของตัวแปรอื่น

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.17) สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบด้วย 6 สมรรถนะ ได้แก่ การกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ การนำกลยุทธ์ไปใช้ การพัฒนาความสามารถเชิงกลยุทธ์ การสร้างวัฒนธรรมองค์กร การรักษาจริยธรรม และการควบคุมองค์กรให้สมดุล⁷ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับศตวรรษที่ 21⁴ โดยกลยุทธ์การบริหารในยุควิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ต้องมีการกำหนดวัฒนธรรมองค์กรและค่านิยมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะผู้นำที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบที่เหมาะสม⁸ ยิ่งส่งผลให้การควบคุมองค์กรให้สมดุล มีการจัดบริหารงานให้ได้มาตรฐาน คุณภาพการบริการและผู้ร่วมงานมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานภายใต้การตัดสินใจโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน

จะเห็นได้ว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์เน้นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ร่วมงานให้ใช้ความสามารถที่มีอยู่มาทำงานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของทีมและองค์กร ต้องใช้ความคิดเชิงกลยุทธ์ มีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยผู้นำจะมีเทคนิคการจูงใจอย่างเหมาะสม เลือกใช้วิธีจูงใจอย่างหลากหลายและมีประสิทธิผล รวมถึงการตัดสินใจ การควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์ขององค์กร⁴ ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีการรับรู้ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านการบริหารทรัพยากรในองค์กรมีระดับคะแนนสูงที่สุด ส่วนด้าน

การสนับสนุนวัฒนธรรมองค์กร มีระดับคะแนนน้อยสุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล มีการบริหารทรัพยากรในองค์กรมากที่สุดนั้น เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ที่มีจำนวนมาก รวมถึงเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโควิด-19

2. สัมพันธภาพทีมการพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสัมพันธภาพทีมการพยาบาลโดยรวม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.16) สอดคล้องกับการศึกษา⁹ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมีการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับสูง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ต้องเผชิญกับภาวะกดดันตลอดเวลา จากสถานะของผู้ป่วย ลักษณะงานมีความยุ่งยากซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ตลอดเวลา ต้องอาศัยความร่วมมือทำงานเป็นทีมร่วมกันและส่งเสริมกันทางบวก เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพราบรื่นและนำไปสู่ความสำเร็จเพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลมีสัมพันธภาพในทีม ด้านการสนับสนุนซึ่งกันและกันโดยเฉพาะการแลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการทำงานระหว่างรับส่งเวรและการประชุมก่อนการปฏิบัติงานร่วมกันทุกเวร การติดต่อสื่อสารแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการผ่านช่องทางต่าง ๆ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความมั่นใจและความไว้วางใจที่น้อยกว่าด้านอื่น ๆ อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนและพยาบาลส่วนใหญ่มาจากหลายหน่วยงานและเป็นพยาบาลจบใหม่ทำให้ขาดความมั่นใจในทีม ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลใหม่ มีสมรรถนะการพยาบาลให้เป็นที่น่าไว้วางใจซึ่งกันและกันเพิ่มขึ้น การทำงานเป็นทีมหรือมีสัมพันธภาพที่ดีในทีมจะก่อให้เกิดคุณค่าหรือสร้างความไว้วางใจ การยอมรับนับถือกัน การช่วยเหลือกันและกัน เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี มีความสัมพันธ์และความผูกพันในงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุข สบายใจและเกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน ช่วยให้ผลงานมีประสิทธิภาพ¹⁰

3. วัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.12) รับรู้ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานสูงสุด ($\bar{X} = 4.52$, S.D. = 0.26) สอดคล้องกับการศึกษาของวัลยา ภาควงูมิ¹¹ พบว่า ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือตอนล่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม

อยู่ในระดับมาก และการศึกษาของศุภนาฏ ยินเจริญ¹² พบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลทั่วไประดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้นำนโยบาย 2P-Safety มาใช้เป็นเป้าหมายของการจัดบริการ รวมทั้งมาตรการ D-M-H-T-T-A มาประยุกต์ใช้จนเกิดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่ พยาบาลวิชาชีพต่างร่วมแรงร่วมใจทำงานและให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตโควิด-19 ไปได้ จึงรับรู้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีมสูง และเมื่อวิกฤตโควิด-19 บรรเทาลง ความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงานมีแนวโน้มลดลง วัฒนธรรมความปลอดภัยในยุคปกติใหม่ เป็นสิ่งที่เกิดจากการพูด การกระทำ และการคิดของบุคคลในองค์กรที่ปฏิบัติกันเป็นนิสัย เพื่อสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและยึดมั่นในแนวปฏิบัติ นั้น ดังนั้น ผู้นำทางการแพทย์ต้องดำเนินการให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีค่านิยม มีทัศนคติที่ดีและปฏิบัติตามแนวมาตรฐานความปลอดภัยของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ และต้องปลูกฝังและเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยตั้งแต่เข้าสู่วิชาชีพ¹³ มีการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด มีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย และสัมพันธภาพในทีมการพยาบาล กับ วัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาล ดังนี้

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์กับวัฒนธรรม ความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ ผลการวิจัย พบว่า ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์ กับวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาล ภาพรวม มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .922$) สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ พบว่า ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือตอนล่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($r = .849$) ซึ่งการบริหารจัดการเพื่อสร้างความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ให้เป็นระบบนั้น จำเป็นที่ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องมีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ต้องมีวิสัยทัศน์และกำหนดนโยบาย หรือมีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม

มีการสื่อสารและให้ข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ต้องเป็นผู้สร้างวัฒนธรรมและค่านิยม สร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในผู้ป่วย

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในทีมการพยาบาล กับวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาล พบว่า สัมพันธภาพในทีมการพยาบาลกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ โดยรวม มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก และสัมพันธ์ทางบวก ($r = .923$) สอดคล้องกับการศึกษาของสาหร่าย จันสา⁸ พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .440$ และ $.398$) เนื่องจาก การมีสัมพันธภาพที่ดีในทีมการพยาบาล มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงเป้าหมายของงาน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ/การจัดการด้านความปลอดภัยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจลดภาวะแทรกซ้อนและแรงกดดันได้

5. ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์และสัมพันธภาพในทีมพยาบาลมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการแพทย์และสัมพันธภาพในทีมการพยาบาลสามารถทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 75.50 สอดคล้องกับการศึกษาของสาหร่าย จันสา⁸ ที่พบว่า การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถพยากรณ์การจัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 22.40 เนื่องจาก ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องมีการบริหารจัดการกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้มาปฏิบัติงานร่วมกัน ในรูปแบบการทำงานเป็นทีม ก่อให้เกิดความยึดมั่น ผูกพัน การมีส่วนร่วม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อทุกองค์กร ต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกทุกคนในทีมเพื่อให้ผลงานบรรลุตามเป้าหมาย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกส่วนในโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะ กระบวนการทำงาน และจิตสำนึกที่ก่อให้เกิดความปลอดภัย โดยการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ มีการวางแผนและประเมินผล

การพยาบาลร่วมกัน

ในยุควิถีชีวิตใหม่องค์กรต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ประกอบด้วย การกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรในองค์กร การสนับสนุนวัฒนธรรมองค์กร การปฏิบัติอย่างมีคุณธรรม และการควบคุมองค์กรให้สมดุล นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องเสริมสร้างสัมพันธภาพในทีมการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้มีความยั่งยืนผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความปลอดภัยและนำมาสู่ความสำเร็จขององค์กรการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ควรพัฒนาภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยส่งเสริมให้มีการคิด การจัดการความรู้ หรือจัดเวทีเสนอแนวคิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ผลงาน
2. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ทั้ง 18 แห่ง ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันและมีสัมพันธภาพที่ดีในทีมการพยาบาลที่มั่นคงยาวนาน
3. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ควรส่งเสริมและธำรงรักษาภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล สัมพันธภาพในทีมการพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้สูงขึ้น และดำรงอยู่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล และสัมพันธภาพในทีมการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล และสัมพันธภาพในทีมพยาบาลที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เช่น บรรยากาศในการทำงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม การสร้างแรงจูงใจ

ในการทำงานที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล สัมพันธภาพในทีมพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยในยุควิถีชีวิตใหม่ของสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ

References

1. Barnes SJ. Information management research and practice in the post-COVID19 world. International Journal of Information Management; 2020.
2. Boonsiripunth M. Get to know the “New normal” Royal institute edition. 2021. (in Thai)
3. Healthcare Quality Accreditation Institute, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Project to develop mechanisms for quality and Participatory health service system safety (2P Safety Hospital). 2018. (in Thai)
4. Ireland R D & Hitt M A. Achieving and maintaining strategic competitiveness in the 21st Century: The role of strategic leadership. Academy of Management Executive 2005; 19(4): 63-77.
5. L. Jeffs, G. Baker, Ru Taggar, P. Hubley, J. Richards, Jane Merkley, Judy Shearer, Hailey Webster, Melissa Dizon, Jessie Ho Fong less. Attributes and Actions Required to Advance Quality and Safety in Hospitals: Insights from Nurse Executives. Nursing Leadership 2018; 31(2): 20-31.
6. McDonald Jr. JA. Integrated safety management system safety culture improvement Initiative. Washington: River Protection Solutions, LLC.; 2009.

7. Kongmueng W, Hinchiranan S, Khaikaew S. Strategic leadership competencies of inpatient ward heads a private hospital in Samut Sakhon Province. *Christian University Journal* 2016; 22(2): 192-203. (in Thai)
8. Watcharakate S. Transformational Leadership: the Challenging of the Nurse Leaders. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(3): 58-63. (in Thai)
9. Chansa S. Influence of effective communication and teamwork on safety management of professional nurses working in the ward of a government hospital in Bangkok. *Nursing Journal Royal Thai Army* 2017; 18(1): 299-307. (in Thai)
10. Khamkhong M, Amornpiyapakorn A, Chamnanpho R. Teaching and learning in nursing practice using online system in the COVID-19 situation. *Nursing Journal Siam University* 2021; 22(43): 114-27. (in Thai)
11. Phakphum W. Relationship between charismatic leadership of head nurses with safety culture university hospital patients Lower Northern Region [Master of Nursing Science Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2016. (in Thai)
12. Yincharoen S. Safety management in the workplace of ward heads, safety culture in Work location and quality of work life of staff nurses in general hospitals, southern region. [Thesis Master of Nursing Science]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2016. (in Thai)
13. Singhasem P, Nawsuwan K, Suwanwaha S. Development of an Instructional Model to Enhance Gerontological Nursing Competencies among Nursing Students. *Journal of Health Science* 2019. 28(Special Issue): 65-78. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง โดยใช้ภูมิปัญญาไทยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

The Effectiveness of Self- Care Education Program for Elderly Using Thai Wisdom in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

กัญจน์ฉัตร ณรงค์วิทย์* รักษนก คชไกร จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์

Kanchat Narongvit* Ruchanok Koshakri Juntima Rerlurnrit

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Faculty of Nursing Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง โดยใช้ภูมิปัญญาไทยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ภายใต้แนวคิดทฤษฎี PRECEDE MODEL คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 53 คน เป็นผู้สูงอายุจากโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random) เข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามประเมินข้อมูลส่วนบุคคล, ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ก่อนนำมาปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือภูมิปัญญาไทยเพื่อการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และข้อความที่ส่งผ่านกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย 4 ด้าน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ โรคภัย ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมของกลุ่มวิจัย ในช่วง 4 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า.05 ($p>.05$) สรุป โปรแกรมการให้ความรู้ผู้สูงอายุสามารถเพิ่มคะแนนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยได้

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย, ความรู้ในการดูแลตนเอง, โปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย

Abstract

This research is quasi-experimental. Descriptive analysis method and One-way ANOVA were performed to analyse the effectiveness of using Thai wisdom in elderly's selfcare program in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province towards elder's self-care behaviour using Thai wisdom. The study was conducted in accordance with the concept of the PRECEDE MODEL Theory. 53 elders from from a senior school was selected as sample group participate in the program for 8 weeks. The research tools include a questionnaire evaluating personal information knowledge and behaviour in self-care using Thai wisdom, then information. before gathered from

questionnaire is processed in order to improve and test on a group of elderly people who have the same characteristics. In addition to the questionnaire, Thai wisdom manual for self-care in daily life and messages was also utilized in the experiment. The manual was sent through the LINE application group for the elderly to follow in taking self-care. Data were collected during September and November 2020. Analysis on level of self-care behaviour using Thai wisdom focuses on 4 areas namely food, exercise, emotions and medicine. during the week. In the 4th week and the 8th week, analysis indicated that during the 4th week after joining the program, the mean behavioural scores of the research group were significantly higher than before entering the program ($p>.05$). Conclusion: using Thai wisdom in elderly's self-care program can increase score in self-care behavior using Thai wisdom.

Keywords : Self-care behaviour using Thai wisdom, Knowledge of self-care, Self-care education program for elderly using Thai wisdom

บทนำ

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ส่งผลทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น องค์การสหประชาชาติ (United Nation) รายงานว่าในปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในช่วงอายุอื่น และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2573 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 1.4 พันล้านคน และมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากจำนวน 137 ล้านคน เป็น 425 ล้านคน¹ ปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.09 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12.69 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.21 ในอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าที่องค์การสหประชาชาติได้มีการกำหนดไว้ ประเทศไทยจึงได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2565² พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล และแสดงออก หรือในการทำให้ตนเองมีความสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้นโยบายการดูแลตนเองตามหลัก 4 อ ได้แก่ อโรคยา อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบกับประเทศไทยมีภูมิปัญญาไทย ซึ่งเป็นบริบทที่อยู่ในสังคม วิถีชีวิตของผู้สูงอายุมานาน และมีการระบุเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 3 (2560-2564) มีจุดมุ่งหมายไว้ว่า ระบบสุขภาพของประเทศ ต้องมีความเข้มแข็ง ก่อประโยชน์สุขต่อปวงชนอย่างเท่าเทียม บนฐานภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย โดยให้

ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย ยาจากสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เป็นพื้นฐาน³

ถึงแม้จะมีงานวิจัยสนับสนุนว่าการใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลตนเองจะผลดีต่อสุขภาพ แต่ยังไม่มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยที่ชัดเจน และยังไม่มีการทำให้ความรู้ ที่ออกแบบจาก ภูมิปัญญาไทยในพื้นที่อาศัยแบบเฉพาะเจาะจงร่วมไปกับแผนการใช้เทคโนโลยี Group Line Application เป็นสื่อกลาง อีกทั้งศตวรรษที่ 21 เป็นยุคแห่งการเจริญของเทคโนโลยีร่วมกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ในด้านอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพพื้นฐาน การควบคุมโรคเรื้อรังต่าง ๆ ของตนเองและพยายามดูแลสุขภาพจิตของตนเองโดยการผ่อนคลายจิตใจ ท่องเที่ยว และพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จึงต้องเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุให้เข้ากับโลกยุคเทคโนโลยี และนำประโยชน์จากเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลตนเอง จึงควรมีจัดโปรแกรมเพื่อเพิ่มการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาไทย โดยใช้หลัก 4 อ. อโรคยา อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ให้กับผู้สูงอายุ โดยใช้แบบจำลอง PRECEDE เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย⁴ และนำมาพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่สอดคล้องกับภูมิปัญญาไทย ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ อาหารที่ประกอบไปด้วยพืชผักที่มีสรรพคุณทางยาที่ได้รับการสืบทอดต่อกันมา การออกกำลังกายที่ภายในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีอุปกรณ์

การออกกำลังกายที่มาจากภูมิปัญญา ด้านอารมณ์ที่มีการสวดมนต์หรือทำงานอดิเรก เพื่อรักษาสุขภาพทางใจ และอโรคยา คือการบำบัดรักษาโรคโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เช่น การพอกเข้า การนวดประคบ เป็นต้น โดยใช้ปัจจัยนำ คือ ความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เรื่อง การดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนโดยการให้กำลังใจผ่านข้อความให้กำลังใจผ่านทางเทคโนโลยี Group Line Application และมีการส่งข้อความความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย และข้อความให้กำลังใจเป็นระยะ ๆ ผ่าน Line group โดยที่ปัจจัยทั้งสามส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลจากผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา หลังได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวนทั้งสิ้น 640 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากจาก 16 อำเภอ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G power ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง แต่เนื่องจากไม่มีงานวิจัยที่ผ่านมาที่สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้น การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ยึดตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอในการวิจัย โดยใช้โปรแกรม

G power 3.1.9.2 Test family : F tests, Statistical test : ANOVA : Repeated measure, within factors กำหนด effect size เท่ากับ 0.25 α error เท่ากับ 0.05 และ power เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างขนาดเท่ากับ 52 คน เพิ่มเพื่อสูญเสียระหว่างการดำเนินการวิจัยร้อยละ 10 (6 คน) รวมเป็น 58 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยผ่านได้อบรมจริยธรรมการวิจัยในคน วันที่ 14 ธันวาคม 2561 และทำเรื่องขออนุมัติและได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No.IRB.NSZOI9/51Z.ZI08 เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่กระบวนการรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลงานวิจัย ก่อนเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้รับในครั้งนี้ จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่ จะเป็นการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของผลงานวิจัยเท่านั้น อีกทั้งยังนำไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเผยแพร่ชื่อและนามสกุล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองซึ่งประกอบด้วยคำถามปลายปิด (Closed End Question) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล คำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 26 ข้อ 2. แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เป็นแบบ

คำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นข้อให้ตอบว่าข้อความนั้นผิดหรือถูกรายข้อและ 3.แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยใช้ภูมิปัญญาไทยในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 10 ข้อลักษณะของแบบสอบถาม ตอนที่ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating - Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึง 5 ซึ่งสามารถบ่งบอกพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index) ได้ค่าเท่ากับ .90

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการให้ความรู้ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ในจังหวัด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 53)

ข้อมูลทั่วไป	M (SD)	Range	
		Max	Min
อายุ	65.75 (4.48)	79	60
รายได้ต่อเดือน	14,876.21 (17,606.81)	75,000	0
หนี้สิน	160,980.76 (402,819.64)	2,000,000	0

จากตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไป จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60 – 79 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง ร้อยละ 63.50 เพศชาย ร้อยละ 36.50 โดยนับถือ ศาสนาพุทธและมีเชื้อชาติไทยทั้งหมด สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่แต่งงานและอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 48.10 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 17.30 โสดร้อยละ 11.50 หย่า ร้อยละ 9.60 แยกกันอยู่ ร้อยละ 7.70 และแต่งงานแต่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 5.80 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตรระดับวิชาชีพ ร้อยละ 34.60 รองลงมา คือ ระดับชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่4 ร้อยละ 30.80 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 21.20 ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ร้อยละ 7.70 สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.80 และไม่ได้รับ การศึกษา ร้อยละ 1.90 สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 53.80 และยังทำงานอยู่ ร้อยละ 46.20 แหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่มาจากการทำงาน ร้อยละ 38.46 รองลงมาเป็น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.53 เงินบำนาญ ร้อยละ 32.69 จากบุตรหลาน ร้อยละ 15.38 จากที่อื่น ๆ ร้อยละ 11.53 และ มาจากค่าเช่าต่าง ๆ ร้อยละ 7.69 ซึ่งรายได้ของผู้สูงอายุนั้น

พระนครศรีอยุธยา ประกอบไปด้วย การจัดทำเอกสารสื่อ ประกอบการอบรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้ภูมิปัญญา ไทย ด้วยการจัดทำเป็นรูปเล่มคู่มือภูมิปัญญาไทยเพื่อการดูแล ตนเองสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 20 หน้า ประกอบไปด้วยเนื้อหา 4 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ อโรคยา และจัดการอบรมให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 1 ครั้ง หลังจากการอบรมจะมีการส่งข้อความให้กำลังใจ และข้อมูล การดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน รวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ผ่านข้อความใน Line group

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)

เพียงพอและไม่มีเก็บ ร้อยละ 44.20 รองลงมา คือ ไม่เพียงพอ ร้อยละ 28.80 เพียงพอและเก็บได้บ้าง ร้อยละ 25.00 และ เพียงพอและเก็บได้ตลอด ร้อยละ 1.90 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 76.90 และนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 23.10 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 42.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 26.92 โดยชนิดของโรคประจำตัว หรือปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.30 รองลงมาเป็นโรคอื่น ๆ ร้อยละ 17.30 ปวด ทางร่างกาย ร้อยละ 13.46 เบาหวาน ร้อยละ 9.61 โรคหัวใจ และโรคทางสายตาทพบเท่ากัน ร้อยละ 7.69 มะเร็งและหอบหืด พบเท่ากัน ร้อยละ 1.92 การพักอาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่พัก อยู่กับบุตรที่สมรสแล้ว ร้อยละ 40.38 รองลงมาอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 23.07 อยู่กับบุตร ร้อยละ 19.23 อาศัยอยู่กับญาติ พี่น้อง ร้อยละ 13.76 อาศัยอยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ร้อยละ 9.61 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 9.61 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้าน ตนเอง ร้อยละ 82.70 อยู่บ้านบุตร ร้อยละ 7.70 บ้านญาติ พี่น้อง ร้อยละ 5.80

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของผู้สูงอายุในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย (N = 53)

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
1. ท่านค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลตนเอง	3.58	3.34
2. ประงอาหารโดยเลือกใช้พืช ผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยา	3.55	3.70
3. เลือกใช้พืช ผัก สมุนไพรเพื่อรักษาโรคหรือบรรเทาอาการไม่สุขสบายเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น รับประทานน้ำขิงเพื่อลดอาการท้องอืด	3.55	3.21
4. สวดมนต์ ทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด	3.47	3.32
5. เลือกซื้อหรือเลือกรับประทาน พืช ผัก พื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยา	3.47	3.98
6. เลือกดื่มน้ำสมุนไพร แทนการดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ	3.42	3.43
7. ใช้ยาสมุนไพรที่สามารถหาได้ง่ายในพื้นที่เพื่อรักษาโรคหรือบรรเทาอาการไม่สุขสบายเมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ	3.30	3.36
8. ทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจช่วยให้ไม่จดจ่อกับเรื่องที่ทุกข์ใจ	3.19	3.19
9. เลือกใช้ยาแผนโบราณเพื่อ รักษาโรคหรือบรรเทาอาการไม่สุขสบายเมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น รับประทานยาหอม สูดดมยาต้มสมุนไพรเมื่อมีอาการเวียนศีรษะ	3.17	3.28
10. ออกกำลังกายโดยใช้สิ่งประดิษฐ์ทางภูมิปัญญาที่มีอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	3.00	3.15
เฉลี่ยรวม	3.37	3.40

จากตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของผู้สูงอายุ หลังได้รับการอบรมสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า พฤติกรรมหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 4 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.37 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.58 รองลงมา คือ ด้านประงอาหารโดยเลือกใช้พืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยา และด้านเลือกใช้พืชผักสมุนไพรเพื่อรักษาโรคหรือบรรเทาอาการไม่สุขสบายเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น รับประทานน้ำขิงเพื่อลดอาการท้องอืด อยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.55 ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ

ด้านออกกำลังกาย โดยใช้สิ่งประดิษฐ์ทางภูมิปัญญาที่มีอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.00 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 8 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.40 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านเลือกซื้อหรือเลือกรับประทาน พืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยา อยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.98 รองลงมา คือ ด้านประงอาหารโดยเลือกใช้พืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยา อยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.70 ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ ด้านออกกำลังกายโดยใช้สิ่งประดิษฐ์ทางภูมิปัญญาที่มีอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.15 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยในช่วง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 53)

พฤติกรรม	Mean	S.D.	Square	F	df	P-value
ก่อนการให้ความรู้	29.0385	.939	457.817	14.486	2	.000
4 สัปดาห์	33.8462	.798				
8 สัปดาห์	33.9615	.675				

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยเห็นว่าคะแนนด้านพฤติกรรมการใช้ภูมิปัญญาไทยของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ในช่วง 4 สัปดาห์หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมของการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนพฤติกรรมการใช้ภูมิปัญญาไทย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 (N = 53) ระยะเวลาที่ทำการประเมิน

ระยะเวลาที่ทำการประเมิน		Mean	SD	p-value
ก่อนเข้าร่วมฯ	สัปดาห์ที่ 4	31.442	.678	<.001
	สัปดาห์ที่ 8	31.500	.576	<.001
	สัปดาห์ที่ 4	33.904	.603	>.05

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมของการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนพฤติกรรมการใช้ภูมิปัญญาไทย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทำการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนพฤติกรรมการใช้ภูมิปัญญาไทย ของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มีผลต่างค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 มีผลต่างคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 และยังคงมีคะแนนคงที่จนถึงสัปดาห์ที่ 8 ขณะเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลจากผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า เป็นไปตามสมมุติฐานว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาหลังได้รับความรู้เรื่อง การดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 โดยคะแนนพฤติกรรมการใช้ภูมิปัญญาไทยของ

ผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มีผลต่างค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.001$) โดยสามารถอภิปรายผลเป็นรายด้านปัจจัยนำ (Predisposing Factors), ด้านปัจจัยเอื้อ (Enabling factors), ด้านปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้ดังนี้

ด้านปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ เรื่อง การดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยและพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย จะได้รับความรู้ ประกอบด้วย การบรรยายเรื่องภูมิปัญญาไทยเพื่อการดูแลตนเอง การสาธิตอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการจากภูมิปัญญาไทย การรับประทานอาหารร่วมกัน การฝึกปฏิบัติการตามฐานการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาไทย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อซักถาม แบ่งปันประสบการณ์ การดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของกลุ่มตัวอย่าง และ มอบคู่มือที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Ageing friendly) การได้รับความรู้จากการจัดการอบรม และการได้รับข้อความ ข้อมูลการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยและการให้กำลังใจ ส่งเสริมผ่านทาง Line group สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ภูมิปัญญาไทยเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ด้านปัจจัยนำ (Predisposing Factors) คะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเองยังคงที่ หลังจากได้รับการอบรมไปแล้ว 8 สัปดาห์ อาจเนื่องมาจากได้รับข้อมูลการดูแลตนเองโดย ภูมิปัญญาไทยแบบข้อความสั้น ๆ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ซึ่งอาจไม่ เพียงพอกับการทบทวนความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยใช้ ภูมิปัญญาไทยผู้สูงอายุที่ได้รับหนังสือคู่มือไปตั้งแต่วันที่ได้รับการอบรม อาจไม่ได้มีการอ่านทบทวนซ้ำ หรือสรุปรวมเนื้อหา ทั้งหมด สอดคล้องตรงกับผลการศึกษาโปรแกรมในการให้ ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ชุมชนวัดคณีนาก จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งภายในโปรแกรมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ มีการให้ความรู้ และชุดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมมารับประทานอาหาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ส่วนของ พฤติกรรมที่ติดตามในระยะ 1 เดือน 2 เดือน และเดือนที่ 3 ไม่มีความแตกต่าง และการเรียนรู้จากหนังสือ มีความน่าสนใจ น้อยกว่า การเรียนรู้จากวิธีอื่น ๆ ซึ่งจากแนวคิดทางการศึกษา เพื่อการพัฒนาภาวะพฤติกรรมในผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรม การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีหลากหลายช่องทาง เช่น หอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย ในชุมชน เป็นช่องทางการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารมีบทบาท ต่อประชาชนในชุมชน⁵ และพบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตชนบท เปิดรับสื่อประเภทสื่อบุคคลมากที่สุด⁶ และการเรียนรู้ของ ผู้สูงอายุ มิใช่การไปโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาเหมือนเด็ก หรือเยาวชนในวัยเรียน แต่เป็นกระบวนการจัดการศึกษาการ เรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม โดยจัดให้ผู้สูงอายุได้เล่า ประสบการณ์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จึงจะเหมาะสมผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงได้ง่าย ประกอบกับผู้สูงอายุมักจะเคยชินกับรูปแบบการรับรู้ข่าวสารแบบเดิม เช่น การบอกเล่าแบบไม่เป็น ทางการจากผู้นำชุมชน การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือญาติ เป็นต้น มักจะไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงช่องทางการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารตามที่ตนเคยได้รับ⁷ และมีแนวคิดกล่าวว่า บุคคล จะเลือกรับข่าวสารที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายตามช่องทางที่ตน สะดวก และเลือกรับข่าวสารตามความเคยชินมักจะไม่น่าจะ เปลี่ยนแปลงช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร⁸

ด้านปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ผู้สูงอายุที่เข้า ร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ เรื่อง การดูแลตนเองโดยใช้ ภูมิปัญญาไทยและพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่านช่องทาง Line group สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เวลา 7.30 น. เป็นข้อความสั้น ๆ

ครั้งที่ 1 ในวันจันทร์ เนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องอาหารและออกกำลังกาย ครั้งที่ 2 ในวันศุกร์เนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องอารมณ์และโรคยา เพื่อช่วยสนับสนุนหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้ภูมิปัญญาไทย จากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ มีคะแนนพฤติกรรมด้านการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก และมี คะแนนพฤติกรรมด้านปรุงอาหารโดยเลือกใช้พืช ผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยา และด้านเลือกใช้พืชผักสมุนไพรเพื่อรักษาโรค หรือบรรเทาอาการไม่สุขสบายเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น รับประทานน้ำขิงเพื่อลดอาการท้องอืดอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้สูงอายุมีการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ สมุนไพรมากขึ้น ก็จะเกิดการพัฒนาคำความรู้ในตนเอง และเกิด การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สมุนไพรมากขึ้น

ซึ่งการรับรู้ประโยชน์จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ ของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะทำให้เกิดแรงจูงใจ และเกิดการโน้มน้าวให้ เริ่มหรือกระทำพฤติกรรมนั้น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่รับรู้ ประโยชน์ของการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองก็จะเกิดการ โน้มน้าวให้ตนเองเกิดการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ และในขอบทบริเวณพื้นที่รอบๆ บ้าน ผู้สูงอายุมักจะปลูกผักและ สมุนไพรเพื่อนำมาใช้ในการประกอบอาหารเอง การศึกษาใน อดีตยังพบว่า ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อการเป็น อาหารผู้สูงอายุจะปลูกสมุนไพรที่ใช้เป็นอาหาร (ผักพื้นบ้าน) และเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหารในครัวเรือนของตนเอง เช่น กลุ่มสมุนไพรที่ใช้เป็นวัตถุดิบหลักในการปรุงอาหาร เช่น บอน ชะอม เพกา ใช้เป็นส่วนผสม ในเครื่องปรุงอาหาร เช่น กระชาย ขมิ้น ไพล ใบย่านาง ใช้เป็นเครื่องเคียง มะระขี้นก มะแว้งต้น⁹ และพบว่าคะแนนพฤติกรรมข้อที่ 3 (ด้านการออก กกำลังกายโดยใช้สิ่งประดิษฐ์ทางภูมิปัญญาที่มีอยู่ในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา) มีคะแนนรวมต่ำที่สุด และจากการสอบถาม ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า อุปกรณ์การออกกำลังกายจาก ภูมิปัญญา (ม้าโยน) ที่มีไว้ในพื้นที่บริการทางสุขภาพของ ชุมชนมีจำนวนน้อย อาจไม่เพียงพอและห่างไกลที่พักอาศัย ของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อมาออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบผสวนวิธี เรื่อง ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายของคนเกษิเจริญ พบว่า การออกกำลังกาย ตามภูมิปัญญาไทย อาทิ พายเรือ รำไม้พลอง ฤๅษีดัดตน พบน้อยมาก อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมักมีพฤติกรรม

การออกกำลังกายของตนเองอยู่เดิม เช่น การเดิน การวิ่ง ในสวนสาธารณะ การยืดเหยียด การปรับเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกาย จึงต้องใช้ระยะเวลา¹⁰

ด้านปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผู้สูงอายุ ในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จะได้รับการส่งข้อความให้กำลังใจผ่าน line application สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันอังคารและวันเสาร์ เวลา 7.30 น. เป็นข้อความสั้น ๆ เหมือนกันทุกสัปดาห์ จำนวน 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้มีการให้แรงเสริมทางบวก การให้คำชมเชยให้สมาชิกผ่านทาง line application มีการให้กำลังใจ ซึ่งเป็นการแสดงการยอมรับในพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติไปในทิศทางที่เหมาะสม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และจากการสอบถามผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่ได้จัดหาอาหารหรือประกอบอาหารรับประทานเองทุกมื้อ บางรายลูกหลานคนในครอบครัวเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ ทำให้อาจไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยได้อย่างที่ต้องการ ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่รายได้ลดลง การจัดหาอาหารหรืออุปกรณ์ที่เป็นกิจกรรมอดิเรก อาจจะต้องพึ่งพาจากลูกหลานหรือบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ผู้สูงอายุบางคนไม่ให้ความสนใจกับการเลือกรับประทานอาหารมากนัก เนื่องจากการเตรียมอาหารลูกหลานหรือผู้ดูแลจะเตรียมไว้ให้ก่อนออกไปทำงาน โดยสรุปแล้วผู้สูงอายุ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีระดับพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพิ่มขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .001$) และยังคงมีคะแนนคงที่จนถึงสัปดาห์ที่ 8 เนื่องมาจากสภาพสังคมในปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานต้องออกไปทำงาน ทำให้มีผู้สูงอายุบางส่วนต้องอยู่คนเดียว อาจเกิดภาวะซึมเศร้า อีกทั้งผู้สูงอายุยังเป็นวัยที่ต้องประสบกับการสูญเสียมากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และการดำเนินชีวิต ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวสร้างความเสื่อมถอยทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความมั่นใจทางจิตใจ จึงมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมทั้งจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด 19 ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อด้วยการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing)

จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ มีข้อจำกัดไม่สามารถพบปะพูดคุยทำกิจกรรมร่วมกันหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัยที่ตั้งไว้เพียงครั้งหนึ่ง และอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีอยู่แล้ว⁹ ตรงกับการศึกษาการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทย ตำบลแวงน่าน อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ที่มีการดำเนินโครงการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทยโดยใช้ภูมิปัญญาไทย 5 ด้าน คือ ด้านอาหาร ด้านสมุนไพร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการฝึกจิต และด้านการนวดแผนไทย พบว่า การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับเป็นประจำ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.94¹¹ การศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถเพิ่มคะแนนความรู้และเพิ่มคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ในการสร้างทางเลือกในการเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุภายในชุมชนได้ และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มาเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของผู้สูงอายุ เช่น ความสามารถในการใช้ Application¹² การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางด้านสาธารณสุข การสร้างแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การแสวงหาบุคคลต้นแบบ การมีส่วนร่วมในชุมชน การจัดหาจัดเตรียมอุปกรณ์ที่บางส่วนสามารถหาได้ภายในชุมชน เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์จากภูมิปัญญาไทย เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของผู้สูงอายุ จึงควรพิจารณาถึงปัจจัยอื่น ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและยั่งยืนต่อไปในอนาคต¹¹

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าการจัดโปรแกรมให้ความรู้ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยได้ แต่ควรมีการจัดกิจกรรมหรือสวัสดิการที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จัดรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม และสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และควรมีการอบรมสอนทักษะการใช้

Smart phone การใช้ Application เพื่อเป็นการช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทางสุขภาพได้ง่าย¹³ ขึ้นและควรมีการพัฒนาการเข้าถึงสื่อดิจิทัลต่าง ๆ ในผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่าง ๆ และการสนับสนุนจากพยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง จัดเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสาน ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของผู้สูงอายุ และศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ Smart phone การใช้ Application ของผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการออกแบบการให้บริการทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุต่อไป

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: Thai Motorcycle and Elderly Development Institute Foundation; 2018. (in Thai)
2. National Statistical Office. Survey of the elderly population in Thailand 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2022. (in Thai)
3. National Health Commission Office. Strategy for the development of Thai wisdom, Thai Wisdom Strategy No. 3: Raising the Level of Traditional Medicine (2017 - 2021). Nonthaburi: National Health Commission Office; 2017. (in Thai)
4. Ueakit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019;12(1):38-48. (in Thai)
5. Phetsuk R, Thongvajira C. The Effects of Education Program for Health Behaviors Change of The Elderly with Hypertension at Wat Pakineeneart Community, Bangkok Metropolitan. Christian University of Thailand Journal. 2017;23(2): 251-60. (in Thai)
6. Sajjasopho R. Educational Concepts for Developing Active Aging in the Elderly. Kasetsart Journal of Social Sciences. 2013; 34(3):471-90. (in Thai)
7. Pathumcharoenwattana W. Unit 14 Caring for the elderly in the community. In: Teaching documents for subject 72303, Adult and Elderly Development, Units 8-15. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2015. (in Thai)
8. Teerapiriyakul C [Thesis]. Exposure to tidings and needs for news concerning good governance of employees of TOT (Public Co., Ltd.). Pathum Thani: Thammasat University; 2009. (in Thai)
9. Jaitae S, Rattanapanya S, Sukseetong N. Wisdom and Factors Related Consumption Behavior of Traditional Lanna Food among the Elderly in Wiang Tha Kan-Yuwa Community, Sanpatong District, Chiang Mai Province. Journal of Chandrakasemsan. 2022;28(2):269-84. (in Thai)
10. Mattavangkul C. Research for Healthy Space Developing: A Pilot Study of Pasi Charoen District, Bangkok. Bangkok: Research Center for Community Development, Siam University; 2013.
11. Wongwattanasathien O, Thongsodsaeng K, Kittibunyakun P, Kulthinee S. Health Care Promotion for Elderly Using Local Thai Wisdom in Wang-Nang Sub District, Muang District, Maha Sarakham Province. Ratchaphruek Journal. 2020;18(2):128-36. (in Thai)

12. Pongoattanapisit P, Koshakri R, Kasemsuk W. The effect of The Participation in Social activity Support Program on Active Ageing of the Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;23(3):266-74. (in Thai)
13. Rerkluenrit J, Kochakri R. Guideline for Promoting Active Ageing to be a Health Tourism Guide: Ageing's Perspective, a Case Study of Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;21(3):473-80. (in Thai)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของบุคลากร ด้านสาธารณสุขในสังกัดกองทัพอากาศ

Health Literacy in Disease Prevention and Control among Health Workers in Royal Thai Air Force

ปรมัตถ์ กัลยาวัฒนพงศ์* สรinya เฮงพระพรหม

Poramat Kalyawuttipong* Sarunya Hengpraprom

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดี โดยบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยผลักดันและสนับสนุนเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในองค์กร การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของบุคลากรด้านสาธารณสุขสังกัดกองทัพอากาศจำนวน 14 หน่วยงาน ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของบุคลากรในกองทัพอากาศเป็นหลัก ได้แก่ กองเวชศาสตร์ป้องกัน สถาบันเวชศาสตร์การบิน โรงพยาบาลกองบินและ หน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคในบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 20 คำถาม 5 ด้าน แจกให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกคนในหน่วยงานที่กำหนด ได้รับการตอบกลับ 235 ตัวอย่าง คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 60.41 ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรอบรู้ เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 74.46 ซึ่งอยู่ในระดับมีปัญหา โดยด้านที่ด้อยที่สุดคือด้านการนำไปใช้ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 68.80 อยู่ในระดับมีปัญหา โดยปัจจัยที่มีผลกับคะแนนความรอบรู้ที่มาก ได้แก่ ช่วงอายุ 19-30 ปี ระดับการศึกษาที่สูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และอาชีพเกษตรกร

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรค, บุคลากรด้านสาธารณสุข

Abstract

Health literacy is crucial for promoting good health among personnel, with public health workers playing a vital role in advocating and supporting health literacy within organizations. This study employed a descriptive cross-sectional design to explore health literacy regarding disease prevention and control among public health personnel in 14 units primarily responsible for the health care of the Air Force personnel, including Preventive Medicine, Aerospace Medicine Institute, Air Force hospitals, and health promotion units in large hospitals. Data were collected using a health literacy questionnaire on disease prevention for public health personnel, which underwent content validity verification by three experts, comprising 20 questions across five skills. It was distributed to all public health personnel in the specified units, receiving 235

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

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่รับ (received) 18 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 มี.ค. 2567

responses, which equals a 60.41% response rate. The findings revealed that the average health literacy score among the participants was 74.46%, indicating a problematic level. The skill with the lowest score was application, with an average score of 68.80%, also at a problematic level. Factors significantly affecting health literacy scores included being aged 19-30 years, having a higher education level, engaging in regular exercise, and being a pharmacist.

Keywords: Health Literacy, Disease Prevention and Control, Health Workers

บทนำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) “เป็นกระบวนการทางปัญญา และด้านทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น^{1,2} มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี^{3,4,5,6}

บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและบุคลากรในองค์กร⁷ ดังนั้นการที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในหน่วยงาน จึงควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุขควบคู่กันไปด้วย⁸ ซึ่งในการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก การศึกษาความรอบรู้ของบุคลากรด้านสาธารณสุขในหน่วยงานอื่นซึ่งมีโครงสร้างและลักษณะประชากรที่แตกต่างออกไปยังไม่มีอยู่อย่างจำกัด

งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขสังกัดกองทัพอากาศ ในหน่วยงานที่ดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในกองทัพอากาศ เพื่อนำไปสู่การสร้างนโยบายส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ตรงจุด ส่งผลให้บุคลากรในหน่วยงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพที่แข็งแรงของบุคลากรในองค์กรในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่ส่งต่อระดับความรอบรู้ ๖ ของกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข

ในหน่วยงานที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรกองทัพอากาศ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวาง ซึ่งมีกลุ่มประชากรเป้าหมายคือบุคลากรด้านสาธารณสุขสังกัดกองทัพอากาศที่อยู่ในหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรของกองทัพอากาศเป็นหลัก จำนวน 14 หน่วยงาน โดยแบ่งหน่วยงานออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กองเวชศาสตร์ป้องกัน สถาบันเวชศาสตร์การบิณ โรงพยาบาล

กองบินและ หน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวนบุคลากรทั้งหมด 389 คน ทำการเก็บข้อมูลจากบุคลากรทุกคนในทุกหน่วยงานที่กำหนดโดยใช้แบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดเข้า: 1. มีอายุงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล, 2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก: 1. บุคลากรที่ลาคลอด ลาศึกษา หรือช่วยราชการนอกหน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1: ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค โดยแบ่งออกเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงาน รวมทั้งสิ้นจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2: ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคในบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล (access) ด้านการสร้างเข้าใจ (understand) ด้านการโต้ถาม (questioning) ด้านการประเมินและตัดสินใจ (appraise) ด้านการนำไปใช้ (apply) โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคสำหรับบุคลากรด้าน

สาธารณสุข โดย รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง^๑ เพื่อปรับให้
เหมาะกับบุคลากรด้านสาธารณสุขในกองทัพอากาศ
ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)
โดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการทดสอบ
ความเที่ยงแบบ สอดคล้องภายในด้วยการหาสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)
พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแต่ละด้าน
อยู่ที่ 0.78 -0.89 และทั้งฉบับอยู่ที่ 0.90 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์
มีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้

ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน
ควบคุมโรค วิเคราะห์แบ่งกลุ่มเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ในการป้องกันควบคุมโรคออกเป็น 4 ระดับ^๒ ระดับที่ 1: ดีเยี่ยม
(excellent) คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90, ระดับที่ 2:
พอเพียง (sufficient) คะแนนร้อยละ 75-89.9, ระดับที่ 3:
มีปัญหา (problematic) คะแนนร้อยละ 60-74.9, ระดับที่ 4:
ไม่พอเพียง (inadequate) น้อยกว่าร้อยละ 60

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือต่อ
คณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยทั้ง 2 แห่ง ได้แก่
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย IRB No. 0083/66 เมื่อวันที่ 16
มีนาคม 2566 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย
ในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
IRB No. 28/66เมื่อวันที่ 12 เมษายน 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการ
พิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
ในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ พร้อมทั้ง

ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลที่ได้
จากการวิจัยถือเป็นความลับนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ผล

ลักษณะของบุคลากรด้านสาธารณสุขในกองทัพอากาศ
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค โดยรวมและรายด้าน
รายงานผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้
ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคกับปัจจัยต่าง ๆ
โดยการวิเคราะห์ Bivariate analysis โดยตรวจสอบการ
แจกแจงของข้อมูล หากข้อมูลเชิงปริมาณที่แจกแจงปกติจะใช้
สถิติ Independent t-test และ One-way ANOVA แต่หาก
เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่แจกแจงไม่ปกติหรือมีความแปรปรวน
ของข้อมูลไม่เท่ากันเลือกใช้สถิติ Wilcoxon rank sum หรือ
Kruskal-Wallis test จากนั้นมาวิเคราะห์ Multivariable
analysis โดยใช้ Multiple linear regression (backward
stepwise selection) โดยคัดเลือกปัจจัยที่มีค่านัยสำคัญ
ทางสถิติน้อยกว่า 0.25 ร่วมกับจากการทบทวนวรรณกรรม
มาวิเคราะห์ จากนั้นพิจารณาเรื่อง Multicollinearity
ด้วยการทดสอบสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นค่า VIF ไม่เกิน 10
และค่า tolerance ไม่ต่ำกว่า 0.1 จากนั้นนำตัวแปรที่ได้มา
วิเคราะห์ด้วย Multiple linear regression โดยกำหนดค่า
ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการแจกแบบสอบถามให้กับบุคลากร
ตามหน่วยงานต่างที่ได้กำหนดไว้รวมทั้งสิ้น 389 ชุด และได้รับ
แบบสอบถามคืนรวมทั้งสิ้น 235 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับ
ร้อยละ 60.41

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค (n = 235)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ร้อยละคะแนนความรอบรู้ ^๑		p-value
		Mean (SD)	Median (IQR)	
เพศ¹				
ชาย	120 (51.06)	73.94 (9.22)	75.00 (7.50)	0.371
หญิง	115 (48.94)	75.00 (8.93)	75.00 (8.75)	
สถานภาพ^๓				
โสด	80 (34.04)	76.59 (8.65)	75.00 (8.75)	0.012*
สมรส	142 (60.43)	73.28 (8.80)	73.75 (7.50)	
หย่าร้าง	13 (5.53)	74.13 (12.52)	71.25 (17.50)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค (n = 235)
(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ร้อยละคะแนนความรอบรู้ ๑		p-value
		Mean (SD)	Median (IQR)	
ช่วงอายุ³				
19-30 ปี	43 (18.30)	76.57 (6.57)	75.00 (6.25)	0.015*
31-40 ปี	80 (34.04)	72.89 (8.09)	73.75 (6.25)	
41-50 ปี	67 (28.51)	74.70 (12.16)	73.75 (13.75)	
มากกว่า 50 ปี	45 (19.15)	74.86 (6.98)	76.25 (6.25)	
ระดับการศึกษาสูงสุด³				
มัธยมศึกษา/ปวช.	3 (1.28)	60.42 (9.21)	63.75 (17.5)	<0.001*
ปวส./อนุปริญญา	37 (15.74)	69.66 (7.79)	71.25 (10)	
ปริญญาตรี	158(67.23)	74.35 (8.44)	75 (7.5)	
ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป	37 (15.74)	80.84 (8.82)	78.75 (10)	
รายได้ต่อเดือน³				
น้อยกว่า 20,000 บาท	23 (9.79)	71.85 (8.28)	71.25 (7.50)	<0.001*
20,001 - 30,000 บาท	41 (17.45)	73.51 (8.49)	73.75 (6.25)	
30,001 - 40,000 บาท	63 (26.81)	70.10 (8.04)	71.25 (10.00)	
40,001 - 50,000 บาท	41 (17.45)	78.69 (7.08)	78.75 (8.75)	
มากกว่า 50,000	67 (28.51)	77.44 (9.66)	76.25 (7.50)	
โรคประจำตัว²				
ไม่มีโรคประจำตัว	181 (77.02)	74.86 (8.88)	75.00 (8.75)	0.690
มีโรคประจำตัว	54 (22.98)	73.10 (9.66)	75.00 (8.75)	
การสูบบุหรี่³				
ไม่สูบบุหรี่	196 (83.40)	75.40 (9.19)	75.00 (8.13)	<0.001*
เคยสูบบุหรี่ (ปัจจุบันไม่สูบ)	19 (8.09)	69.47 (8.33)	72.50 (11.25)	
สูบบุหรี่	20 (8.51)	70.00 (5.29)	70.63 (8.13)	
การดื่มแอลกอฮอล์³				
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	105 (44.68)	77.11 (9.43)	76.25 (8.75)	0.024*
เคยดื่มแอลกอฮอล์ (ปัจจุบันไม่ดื่ม)	38 (16.17)	72.01 (7.37)	71.88 (8.75)	
ดื่มแอลกอฮอล์	92 (39.15)	72.45 (7.88)	72.50 (8.75)	
การออกกำลังกาย³				
ไม่ออกกำลังกาย	15 (6.38)	67.92 (7.87)	71.25 (10.00)	<0.001*
ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ	148 (62.98)	73.95 (8.11)	75.00 (7.50)	
ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	72 (30.64)	76.86 (10.38)	76.88 (12.50)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

¹Independent t-test, ²Wilcoxon rank sum, ³Kruskal-Wallis test

จากตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 34.04) โดยมีค่ามัธยฐานของอายุอยู่ที่ 40 ปี (พิสัยควอไทล์ 17) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 120 คน (ร้อยละ 51.06) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.43) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 67.23) ส่วนมากมีรายได้อยู่ที่ระดับมากกว่า 50,000 บาท (ร้อยละ 28.51) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.02) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 83.40) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 44.68)

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานและความสัมพันธ์กับร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค (n = 235)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	Mean (SD)	Median (IQR)	p-value
หน่วยงานต้นสังกัด ²				
โรงพยาบาลกองบิน	112 (47.66)	73.77 (7.89)	75.00 (8.13)	0.791
กองเวชศาสตร์ป้องกัน	38 (16.17)	75.46 (9.90)	75.00 (11.25)	
สถาบันเวชศาสตร์การบิน	61 (25.96)	75.23 (9.47)	75.00 (10.00)	
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	24 (10.21)	74.11 (11.87)	75.00 (8.13)	
อาชีพ ²				
แพทย์	35 (14.89)	81.32 (9.46)	78.75 (11.25)	<0.001* (15.00)
พยาบาลวิชาชีพ	106 (45.11)	74.36 (7.33)	75.00 (6.25)	
พยาบาลเทคนิค	42 (17.87)	67.83 (8.24)	68.75 (8.75)	
เภสัชกร	9 (3.83)	82.92 (10.79)	81.25(18.75)	
ทันตแพทย์	9 (3.83)	81.11 (7.03)	78.75 (10.00)	
นักวิชาการสาธารณสุข	9 (3.83)	74.17 (7.71)	72.5	
อื่น ๆ	25 (10.64)	71.05 (7.02)	71.25 (5.00)	
ช่วงอายุการทำงาน ²				
1-10 ปี	79 (33.62)	75.16 (8.10)	75.00 (7.50)	0.235
11-20 ปี	57(24.26)	73.05 (8.40)	73.75 (6.25)	
21-30 ปี	66 (28.09)	75.15 (11.55)	75.00 (12.50)	
มากกว่า 30 ปี	33 (14.04)	73.83 (6.50)	75.00 (3.75)	
การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ¹				
ไม่เคยอบรม	40 (17.02)	74.00 (7.82)	73.13 (6.25)	0.271
เคยอบรม	195 (82.98)	74.55 (9.33)	75.00 (8.75)	
เคยเป็นผู้จัดอบรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ¹				
ไม่เคย	69 (29.36)	72.48 (7.56)	73.75 (5.00)	0.011*
เคยเป็นผู้จัด	166 (70.64)	75.28 (9.54)	75.00 (10.00)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

¹Wilcoxon rank sum, ²Kruskal-Wallis test

จากตารางที่ 2 ปัจจัยด้านการทำงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 45.11) โดยมีอายุนานอยู่ระหว่าง 1 - 10 ปี (ร้อยละ 33.62) โดยมีค่ามัธยฐานของอายุงานอยู่ที่ 18 ปี (พิสัยควอไทล์ 18) เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 82.92) และเคยเป็นผู้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 70.64)

ตารางที่ 3 ร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคเฉลี่ยรายด้าน (n = 235)

หน่วยงานต้นสังกัด	ร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรครายด้าน				
	การเข้าถึง	การสร้างความเข้าใจ	การไต่ถาม	การประเมินและตัดสินใจ	การนำไปใช้
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
โรงพยาบาลกองบิน	75.67 (11.45)	75.95 (10.65)	73.83 (10.96)	75.11 (10.03)	68.30 (14.01)
กองเวชศาสตร์ป้องกัน	77.47 (13.52)	77.14 (11.37)	75.16 (12.71)	77.63 (8.79)	69.90 (14.88)
สถาบันเวชศาสตร์การบิน	78.48 (11.89)	78.69 (11.32)	73.77 (11.85)	76.23 (9.74)	68.95 (15.60)
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	72.40 (16.06)	78.13 (13.42)	75.52 (18.70)	75.52 (14.03)	69.01 (17.72)
รวม	76.36 (12.49)	77.07 (11.23)	74.20 (12.38)	75.85 (10.22)	68.80 (14.89)

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาที่คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรครายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในทุกหน่วยงานคือด้านการนำไปใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 68.80 และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการสร้างความเข้าใจ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 77.07

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติแบบ Bivariate analysis พบว่าปัจจัยส่วนที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ได้แก่ เพศ สถานภาพ ช่วงอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ช่วงรายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย (ตารางที่ 1) และปัจจัยด้านการทำงานที่มีความสัมพันธ์ความรอบรู้ ฯ ได้แก่ หน่วยงานต้นสังกัด อาชีพ ช่วงอายุการทำงาน การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ประสบการณ์เป็นจัดอบรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Multiple linear regression วิธีการคัดเลือกแบบ Backward stepwise selection (n = 235)

ตัวแปร	Coefficient (B)	Standardized Coefficients (Beta)	Standard Error	p-value	95% Confidence interval	
					interval	
					Lower bound	Upper bound
ช่วงอายุ						
19-30 ปี	(ref.)					
31-40 ปี	-5.439	-2.583	1.874	0.001*	-8.670	-2.209
41-50 ปี	-4.080	-1.846	2.221	0.031*	-7.774	-0.385
มากกว่า 50 ปี	-6.989	-2.756	1.639	0.002*	-11.367	-2.610
ระดับการศึกษาสูงสุด						
มัธยมศึกษา/ปวช.	(ref.)					
ปวส./อนุปริญญา	14.651	5.348	4.519	0.001*	5.742	23.559
ปริญญาตรี	12.056	5.671	4.482	0.008*	3.221	20.892
ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป	17.776	6.488	4.662	< 0.001*	8.586	26.966

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Multiple linear regression วิธีการคัดเลือกแบบ Backward stepwise selection (n = 235) (ต่อ)

ตัวแปร	Coefficient (B)	Standardized Coefficients (Beta)	Standard Error	p-value	95% Confidence interval	
					interval	
					Lower bound	Upper bound
รายได้ต่อเดือน						
ต่ำกว่า 20,000 บาท	(ref.)					
20,001 - 30,000 บาท	-0.287	0.109	2.617	0.913	-4.872	5.446
30,001 - 40,000 บาท	-4.170	-1.851	2.612	0.112	-9.319	0.979
40,001 - 50,000 บาท	3.166	1.204	2.838	0.266	-2.427	8.759
มากกว่า 50,000	0.909	0.412	3.070	0.767	-5.142	6.962
อาชีพ						
แพทย์	(ref.)					
พยาบาลวิชาชีพ	-2.374	-1.184	1.743	0.174	-5.809	1.061
พยาบาลเทคนิค	-9.762	-3.748	2.385	< 0.001*	-14.463	-5.062
เภสัชกร	6.244	1.201	3.090	0.045*	0.154	12.335
ทันตแพทย์	3.321	0.639	2.757	0.230	-2.113	8.756
สาธารณสุข	-2.028	-0.390	2.977	0.496	-7.897	3.840
อื่น ๆ	-7.320	-2.262	2.544	0.004*	-12.335	-2.306
การออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	(ref.)					
ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ	4.941	2.391	2.011	0.015*	0.978	8.904
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	7.663	3.540	2.133	< 0.001*	3.459	11.867
ค่าคงที่	63.701			< 0.001*		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

จากตารางที่ 4 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Multiple linear regression แบบ Backward stepwise selection พบว่าตัวแปรต้นที่รวมอธิบายคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ในบุคลากรด้านสาธารณสุขกองทัพอากาศในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วยตัวแปรต้น 4 ตัว ได้แก่ อาชีพ การออกกำลังกาย ระดับการศึกษา ช่วงอายุ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรด้านสาธารณสุขสังกัดกองทัพอากาศพบว่าระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไปเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนความรอบรู้มากที่สุด (B = 17.776)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนความรอบรู้ โดยรวมเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 74.46 จัดอยู่ในระดับมีปัญหาซึ่งอยู่ในระดับเดียวกันกับการศึกษาครั้งก่อน ๆ ในบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย^{7,9,10,11} เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการนำไปใช้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาครั้งก่อน ๆ ในบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย^{7,9,11} ที่พบว่าด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือด้านได้ถาม คาดว่าเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนมากเป็นบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การได้ถามจากผู้ที่มีความรู้ และการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล

เกี่ยวกับสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มประชาชนหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขแขนงอื่น ๆ¹² แต่อาจจะมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่อาจจะยังไม่ได้นำความรู้ด้านสุขภาพที่มีมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค

ปัจจัยเรื่องอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 19-30 ปี มีคะแนนความรอบรู้ สูงกว่า กลุ่มที่มีอายุมากกว่าสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย^{7,9} แสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชาชนอายุน้อยมีความรอบรู้ ที่ดีกว่ากลุ่มอายุมาก เนื่องจากกลุ่มที่มีอายุน้อยสามารถใช้เทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลได้ดีกว่า¹³

ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา/ปวช. มีคะแนนความรอบรู้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขไทย⁹ การศึกษาในประชาชนไทย¹¹ และการศึกษาในต่างประเทศ^{14,15} ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่สูงมีผลสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี

การออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายทั้งแบบสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอมีความรอบรู้ ที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาในหลากหลายประเทศที่พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี¹² เนื่องจากคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่าความรอบรู้ ของแต่ละกลุ่มอาชีพมีความแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประชาชนไทย¹¹ โดยอาชีพที่มีคะแนนความรอบรู้ สูงที่สุดในการศึกษาคครั้งนี้ได้แก่อาชีพเภสัชกร รองลงมาคืออาชีพแพทย์ และทันตแพทย์ซึ่งมีคะแนนความรอบรู้ใกล้เคียงกัน ส่วนกลุ่มอาชีพที่มีคะแนนความรอบรู้ น้อยที่สุดได้แก่กลุ่มพยาบาลเทคนิค โดยสาเหตุที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้คาดว่าเนื่องจากกลุ่มพยาบาลเทคนิคในบริบทของกองทัพอากาศมักมีบทบาทในส่วนของการปฏิบัติการทางทหารค่อนข้างมาก เช่น การซ่อมแผนอุบัติเหตุทางอากาศยาน การขนย้ายผู้ป่วยขณะเกิดเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงอาจด้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่นซึ่งมักจะทำงานเกี่ยวเรื่องสุขภาพเป็นหลัก

จุดแข็งของงานวิจัย

การเก็บข้อมูลในการศึกษาคครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากบุคลากรด้านสาธารณสุขในหน่วยงานที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรกองทัพอากาศทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนครอบคลุมทุกหน่วยงานที่ต้องการการศึกษา

แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลในการศึกษาคครั้งนี้มีจำนวนคำถามที่ไม่มากจนเกินไปและครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคครบทั้ง 5 ด้าน

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคครั้งนี้มีขนาดค่อนข้างเล็ก ร่วมกับอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามค่อนข้างต่ำ ทำให้อาจไม่สามารถเห็นความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติระหว่างคะแนนความรอบรู้ และปัจจัยที่มีความแตกต่างกันเล็กน้อยได้

การศึกษาคครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ซึ่งสามารถบอกถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และขนาดของปัญหาได้ แต่ไม่สามารถที่จะบอกถึงความสัมพันธ์เป็นผลของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมีปัญหาโดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 74.46 โดยด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือด้านการนำไปใช้ จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมด้านการนำไปใช้เป็นอันดับแรก
2. ปัจจัยด้านอายุ ควรมีการส่งเสริมบุคลากรเรื่องของการใช้เทคโนโลยีเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือและถูกต้อง จึงเป็นเรื่องที่สำคัญโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมาก
3. ปัจจัยเรื่องการออกกำลังกาย แต่ละองค์กรควรมีการสนับสนุนเรื่องของความรู้ด้านสุขภาพ และการออกกำลังกายควบคู่กันไป
4. ปัจจัยด้านอาชีพ แม้กลุ่มพยาบาลเทคนิคเป็นกลุ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลเทคนิคก็ยังมีคะแนนต่ำต่อเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในองค์กรด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอาชีพดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพื่อให้ได้รายละเอียดที่มากขึ้นในด้านที่มีความน่าสนใจ เช่น ศึกษาเรื่องด้านการนำไปใช้ซึ่งเป็นด้านที่ด้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้อย่างละเอียดมากขึ้น หรือศึกษาแบบเฉพาะกลุ่ม เช่น ในอาชีพพยาบาลเทคนิคเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ความรอบรู้ ๖ น้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่น โดยการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีรายละเอียดมากขึ้น

2. อาจศึกษาโดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ ๖ ในรูปแบบต่าง ๆ โดยเน้นไปที่ด้านการนำไปใช้แล้ววัดผลซ้ำอีกครั้งหลังจบกิจกรรมว่าระดับความรอบรู้ ๖ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

References

1. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1998;13(4):349-64.
2. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. [Enhancement and evaluation of health literacy and health behavior]. Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
3. Sarakshetrin A, Tongpeth J, Sriwongsa A. The Effectiveness of Health Literacy Enhancing and Developing Program on A1C Blood Pressure Level Health Literacy and Diabetes and Hypertension Control Behaviors. *Journal of Royal The Thai Army Nurses*. 2022;23(1): 333-43.
4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(2): 97-107.
5. Keller DL, Wright J, Pace HA. Impact of Health Literacy on Health Outcomes in Ambulatory Care Patients: A Systematic Review. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2008;42(9):1272-81.
6. Liu L, Qian X, Chen Z, He T. Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. *BMC Public Health*. 2020;20(1):690.
7. Chumkesornkulkit P. Health literacy assessment for the prevention of diseases among public health personnel. Nonthaburi: Risk Communication and Health Behavior Development Office, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
8. Kaeodumkoeng K, Chunhosapak J. [Development and testing of a health literacy assessment form for disease prevention and control among public health personnel]. [in Thai]. *Rom Phruek Journal*. 2021;39(2):193-220. (in Thai)
9. Pensuk P, Chaiphan N, Walaisathean C. Health literacy for disease prevention and control among health personnel in Nakhon Ratchasima province in 2021. *Academic Journal of the Prevention and Control Disease Office, Region 9, Nakhon Ratchasima*. 2021;29(3):5-18. (in Thai)
10. Office for Disease Prevention and Control 8 Udonthani. Evaluation of health literacy in disease prevention and control and health hazards among citizens in the area of Office for Disease Prevention and Control 8 Udonthani in 2022. Udonthani: Office for Disease Prevention and Control 8; 2023. (in Thai)
11. Chumkasemkulkit P, Chaipar N, Bunyakla S. Assessment of health literacy in disease prevention and control and health hazards among citizens in 2022. Nonthaburi: Risk Communication and Health Behavior Development Office, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)

12. Budhathoki SS, Pokharel PK, Jha N, Moselen E, Dixon R, Bhattachan M, et al. Health literacy of future healthcare professionals: a cross-sectional study among health sciences students in Nepal. *International Health*. 2019;11(1):15-23.
13. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*. 2006;8(2):e9.
14. Çaylan A, Yayla K, Öztora S, Dağdeviren HN. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*. 2017; 28(15):6803-7.
15. Lee HY, Lee J, Kim NK. Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men? *American Journal of Men's Health*. 2015;9(5):370-9.

บทบาทหน้าที่ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกล

The Role, Problems, Obstacles and Needs in Caring COVID-19 Patients with Home Isolation by Using the Telehealth

ปาณิสดา บุญยรัตกลิน*¹ ศรารินทร์ พิทยะพงษ์* สุภาพร เพ็งโนนยาง² ศตพร แวคล้ายหงษ์²

Panisa Boonyaratkalin*¹ Sararin Pitthayapong* Supabhorn Pengnonyang² Sataporn Waewklaihong²

¹สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

¹Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand 10330

²สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

²Institute of HIV Research and Innovation, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานรูปแบบเชิงอธิบายนี้เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ 76 คน 2) ผู้ป่วยโรคโควิด-19 353 คน และ 3) แพทย์ 10 คน ในระบบแยกกักตัวที่บ้านของสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาล แบบสอบถามประสิทธิภาพการได้รับการดูแลโดยผู้ป่วย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง คุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 0.98 0.93 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า บทบาทที่พยาบาลรับรู้มากที่สุด คือ ผู้พิทักษ์สิทธิ บทบาทที่ผู้ป่วยรับรู้มากที่สุดคือผู้บริหารจัดการ ปัญหาที่พบมากที่สุดคือข้อจำกัดการใช้อุปกรณ์สื่อสารเพื่อแจ้งอาการ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ความต้องการสนับสนุน ได้แก่ โทรศัพท์สำหรับติดตามอาการ การประชุมปรึกษาระหว่างแพทย์กับพยาบาล และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทางไกล สรุปได้ว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลด้วยบริการสุขภาพทางไกลในการดูแลผู้ป่วยมีอย่างครบถ้วน โดยยังต้องพัฒนาการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออื่นต่อไป

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การบริการสุขภาพทางไกล, การแยกกักตัวที่บ้าน

Corresponding Author: *E-mail: sararin.p@stin.ac.th

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

The research funding from Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing,

วันที่รับ (received) 29 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 พ.ย. 2566

Abstract

This sequential explanatory mixed-method research aimed to study nurses' roles, problems, obstacles, and needs of nurses in caring for COVID-19 patients who entered the home isolation system. The samples were purposively selected: 1) 76 professional nurses, 2) 353 COVID-19 patients, and 3) 10 doctors who are in the home isolation system of the Institute of HIV Research and Innovation. The research instrument consisted of a questionnaire on patient care behavior by nurses and a questionnaire on experiences of receiving care by patients. Qualitative data used focus group discussions and semi-structured interviews. All instruments were tested with content validity of 0.98, 0.98, 0.93, and 0.80, respectively.

Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. and qualitative data by content analysis. Quantitative research results found that the role that nurses perceive most is advocacy. The role that patients perceive most is the manager. The most common obstacle was the restriction of using communication devices to report symptoms. The results of the qualitative research found that support needs include a telephone for monitoring symptoms, conference meetings between doctors and nurses, and guidelines for telehealth. In conclusion, the roles and responsibilities of nurses using telehealth for caring patients are completely. It still needs to be developed to provide care for patients with other infectious diseases.

Keywords: COVID-19, telenursing, home isolation

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹ เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีระบาดอย่างกระหน่ำทั่วโลก ในประเทศไทยเกิดขึ้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง ในการระบาดระลอกที่ 3 ช่วงเดือนเมษายน 2564 ผู้ติดเชื้อที่อาการรุนแรงไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้เนื่องจากเตียงเต็ม ทำให้มีผู้เสียชีวิตที่บ้าน จึงเกิดการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ขึ้นในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยระบบสุขภาพทางไกลเพื่อติดตามอาการ และให้การดูแลผู้ป่วย¹ การแยกกักตัวที่บ้านเหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อได้ โดยใช้บ้านเป็นสถานที่ดูแล ซึ่งแพทย์เห็นว่าสามารถรักษาที่บ้านได้ แต่ต้องมีการติดตามอาการเป็นระยะ ๆ โดยแพทย์ พยาบาล และกรณีที่มีอาการรุนแรงขึ้นจะต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อ²

ในต่างประเทศก็มีการใช้ระบบการแยกกักตัวที่บ้านในการรักษาผู้ป่วยโดยมีแพทย์ หรือพยาบาล คอยติดตามอาการผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ หรือทางข้อความแชท ซึ่งจากการศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า ผลของการใช้ระบบแยกกักตัวที่บ้านนี้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการแสดงให้เห็น

แนวโน้มที่ดี ไม่มีรายงานการเสียชีวิตและมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 10.90³ เช่นเดียวกันกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้านได้เป็นส่วนใหญ่ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12.50 ที่มีอาการรุนแรงจนต้องรักษาในโรงพยาบาล⁴

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เข้าระบบการแยกกักตัวที่บ้านของสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI) เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 มีพยาบาลประจำ และจิตอาสาช่วยดูแลผู้ป่วย ในช่วงแรกติดตามผ่านแชทไลน์หรือโทรศัพท์ทุกวันส่งอาหาร 3 มื้อ เป็นเวลา 14 วัน และส่งเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว พรอหวัดไข้² จากนั้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2565 ได้ลดวันแยกกักตัวลงเหลือ 10 วัน จึงปรับเป็นติดตามอาการผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง แต่หากมีอาการที่ต้องติดตาม อาจพิจารณาติดตามเพิ่ม

แม้ว่าประเทศไทยจะปรับให้โรคโควิด-19 จากโรคติดต่ออันตรายเข้าสู่โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังแล้ว ดังประกาศกระทรวงสาธารณสุข⁵ ณ วันที่ 19 กันยายน 2565 เนื่องจากควบคุมการระบาดได้ แต่ยังคงมีการติดเชื้ออยู่อย่างเป็นระยะ ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาบทบาทหน้าที่ ปัญหา และอุปสรรคของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกล โดยศึกษาในมุมมองของพยาบาล ผู้ป่วย

และแพทย์ เพื่อถอดบทเรียนการดูแลในช่วงที่ผ่านมา และเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออื่นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าระบบแยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกลในกลุ่มพยาบาล ผู้ป่วย และแพทย์
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและความต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้าระบบแยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกลในกลุ่มพยาบาล ผู้ป่วย และแพทย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบ INPUT PROCESS OUTPUT⁶ การศึกษานี้ศึกษาด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่านบริการสุขภาพทางไกล เป็นตัวแปรอิสระ และศึกษาด้านผลลัพธ์ (Output) ได้แก่ ปัญหา อุปสรรคและความต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเป็นตัวแปรตาม เมื่อนำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลมาประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกลสามารถระบุบทบาทหน้าที่ได้ดังนี้⁷ 1) ผู้ให้บริการสุขภาพ (Health care provider) โดยการประเมินอาการ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการดูแลตามอาการ และติดตามอาการทุกวัน ซึ่งอาศัยการพยาบาลทางไกล⁸ 2) ผู้ให้ความรู้ (Health educator) โดยให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองขณะรักษาตัวที่บ้าน รวมถึงป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ถ่ายทอดความรู้ที่ใช้ได้จริงด้วยการสอนที่เข้าใจง่าย⁹ 3) ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocator) เมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้าระบบพยาบาลให้ข้อมูลในการรักษาต่อในโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา และตามความสมัครใจ หรือกรณีต้องย้ายที่รักษาตัว 4) ผู้จัดการจัดการ (Manager) จัดการให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับอาการ วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และใช้แหล่งประโยชน์ เช่น องค์กรอิสระ หรือ หน่วยงานช่วยเหลือผู้ป่วย¹⁰ 5) ผู้ประสานงาน (Coordinator) ปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น ประสานเรื่องสิทธิการรักษา ประสานแพทย์กรณีมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีอาการรุนแรงขึ้นจนต้องส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล⁹ 6) ผู้นำ (Leadership) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น⁷

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบผสมผสานวิธีรูปแบบเชิงอธิบาย (sequential explanatory mixed-method research) ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณก่อน แล้วจึงอธิบายปรากฏการณ์ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย 2 กลุ่ม เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 66 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้ขึ้นทะเบียนวิชาชีพการพยาบาล และดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ราย 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน ระหว่างกรกฎาคม 2564 ถึง พฤษภาคม 2565 จำนวน 353 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เคยเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 และเคยแยกกักตัวที่บ้านผ่านระบบของ IHRI ครบกำหนด เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาการคิดรู้ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) กลุ่มพยาบาลในระบบแยกกักตัวที่บ้านของ IHRI จำนวน 10 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้ขึ้นทะเบียนวิชาชีพการพยาบาล และดูแลผู้ป่วยมาอย่างน้อย 3 ราย และ 2) กลุ่มแพทย์ในระบบแยกกักตัวที่บ้านของ IHRI จำนวน 10 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้ขึ้นทะเบียนวิชาชีพเวชกรรม และรักษาผู้ป่วยในระบบมาอย่างน้อย 3 ราย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 4 เครื่องมือ แบ่งเป็นเครื่องมือเชิงปริมาณ จำนวน 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วย ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน โดยพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 47 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (6 ข้อ) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล (41 ข้อ) แบ่งเป็นด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วย (31 ข้อ) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-43 คะแนนมาก หมายถึงมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยเหมาะสมมาก แบ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทุกวัน 6 ข้อ และกิจกรรมที่ปฏิบัติตามความเหมาะสม 25 ข้อ ด้านปัญหาและอุปสรรค (10 ข้อ) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนนมาก หมายถึงพบปัญหา อุปสรรคมาก

2. แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแล ปัญหา อุปสรรค และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน จำนวน 42 ข้อ แบ่งเป็นส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (6 ข้อ) ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม

ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ป่วย (36 ข้อ) ประกอบด้วยด้านประสบการณ์การได้รับการดูแล (31 ข้อ) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-43 คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการดูแลของพยาบาลมาก และด้านปัญหา อุปสรรค (5 ข้อ) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนนมาก หมายถึงพบปัญหาอุปสรรคในการดูแลมาก

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเรื่อง “พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านของพยาบาล”
2. แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเรื่อง “การรับรู้ของแพทย์ต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยของ พยาบาล ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแล ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้ง 4 เครื่องมือเสนอให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยค่า CVI = 0.98, 0.98, 0.93 และ 0.80 ตามลำดับ
2. นำเครื่องมือเชิงปริมาณไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่แยก กักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกล และผู้ป่วยที่แยก กักตัวที่บ้าน กลุ่มละจำนวน 30 คน ทดสอบความเที่ยง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ = 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่หนังสือรับรองเลขที่ 0953/64 รับรองเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2565 ให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างยินยอมตามความสมัครใจ สามารถ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา บันทึกข้อมูลโดยใช้รหัส แทนบุคคล นำเสนอการวิจัยเป็นผลในภาพรวม ไม่ระบุหรือ เฉพาะเจาะจงรายบุคคล และนำไปใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัย ทำหนังสือขออนุญาตไปยังผู้อำนวยการสถาบันเพื่อการวิจัย และนวัตกรรมด้านเอชไอวีเพื่อเข้าถึงฐานข้อมูลประวัติผู้ป่วย ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลของ IHRI ค้นหาข้อมูลพยาบาลและ

ผู้ป่วยได้ผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ จากนั้นโทรแจ้ง วัตถุประสงค์การวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และสอบถามความสมัครใจ เมื่อได้รับความยินยอมแล้วดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาล และผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีต่อราย เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2565 2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มในกลุ่มพยาบาล ผ่านแอปพลิเคชันซูม ใช้เวลาสนทนา 1 ชั่วโมง และสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง กลุ่มแพทย์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผ่านโทรศัพท์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องกันของข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ เก็บข้อมูล ช่วงเดือนธันวาคม 2565

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้แสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน ของพยาบาล และของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน ด้วยการบริการสุขภาพทางไกล
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ใช้กับข้อมูลเชิงคุณภาพของการรับรู้บทบาทหน้าที่ ของพยาบาล ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแล ผู้ป่วย โดยพยาบาล และแพทย์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.97 อายุ 24-40 ปี ร้อยละ 42.42 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.06 เป็นพยาบาลจิตอาสา ร้อยละ 56.06 และ จำนวนผู้ป่วย ที่ให้การดูแล อยู่ระหว่าง 5-50 คน ร้อยละ 40.91 ประสบการณ์การทำงาน 10-20 ปี ร้อยละ 24.24 กลุ่มผู้ป่วยโรค โควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.92 อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 39.66 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.43 อาชีพ รับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 42.21

2. การรับรู้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพ ทางไกล

2.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มพยาบาล คณะกรรมการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านพบว่า คณะกรรมการอยู่ในเกณฑ์สูง

ตารางที่ 1 การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านของพยาบาลด้วยการบริการสุขภาพทางไกล (N = 66)

บทบาทหน้าที่ ของพยาบาล	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ร้อยละ	การแปลผล
1. ผู้ให้บริการสุขภาพ	0-12	0	12	10.63	3.02	88.58	สูง
2. ผู้ให้ความรู้	0-9	0	9	8.50	1.76	94.44	สูง
3. ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	0-4	0	4	3.81	0.67	95.25	สูง
4. ผู้บริหารจัดการ	0-2	1	2	1.98	0.15	99.00	สูง
5. ผู้ประสานงาน	0-2	1	2	1.96	0.20	98.00	สูง
6. ผู้นำ	0-7	1	4	3.67	0.77	91.75	สูง
คะแนนรวม	36	6	33	30.56	5.52	84.89	สูง

ด้านที่มีคะแนนการรับรู้สูงสุด ได้แก่ การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ร้อยละของค่าเฉลี่ย 96.05 รองลงมาคือ การเป็นผู้บริหารจัดการ ร้อยละของค่าเฉลี่ย 93.71 และด้านที่คะแนนต่ำสุด ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพ ร้อยละของค่าเฉลี่ย 91.92 ตารางที่ 1

กลุ่มผู้ป่วย คณะกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านพบว่า คณะกรรมการอยู่ในเกณฑ์สูงทุกด้าน

ตารางที่ 2 การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกล (N = 353)

บทบาทหน้าที่ ของพยาบาล	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ร้อยละ	การแปลผล
1. ผู้ให้บริการสุขภาพ	0-12	6	12	11.03	1.25	91.92	สูง
2. ผู้ให้ความรู้	0-9	4	9	8.41	1.19	93.44	สูง
3. ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	0-4	1	4	3.86	0.58	96.50	สูง
4. ผู้บริหารจัดการ	0-7	4	7	6.56	0.81	93.71	สูง
5. ผู้ประสานงาน	0-5	1	5	4.61	1.02	92.20	สูง
6. ผู้นำ	0-6	3	6	5.62	0.72	93.67	สูง
คะแนนรวม	43	25	43	40.09	3.98	93.23	สูง

คะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ผู้บริหารจัดการ ร้อยละของค่าเฉลี่ย 99.00 รองลงมาคือ ผู้ประสานงาน ร้อยละของค่าเฉลี่ย 98.00 และด้านที่คะแนนต่ำสุด ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพ ร้อยละของค่าเฉลี่ย 88.58 ตารางที่ 2

2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มพยาบาล และสัมภาษณ์แพทย์พบว่า พยาบาลได้กระทำบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1) ผู้ให้บริการสุขภาพ ได้ประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างแม่นยำเป็นประโยชน์ ครอบคลุมร่างกายจิตใจสังคม ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “ประเมินอาการเบื้องต้น คัดแยกสีแล้วส่งต่อแพทย์ในกรณีสีเหลืองหรือแดง ผู้ป่วยบางคนมีความเครียดก็ต้อง Support จิตใจด้วย” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล)

“พยาบาลคัดแยกผู้ป่วย (Screening) ก่อนหากพบว่าเป็นสีเหลือง หรือแดงจะรีบส่งต่อให้ทีมแพทย์ ซึ่งช่วยลดระยะเวลาให้กับแพทย์ได้” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์) “พยาบาลสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยรายใดจำเป็นต้องได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ แล้วประสานแพทย์เพื่อส่งยาและจัดส่งยาได้ไว” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์)

2) ผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำการจัดการอาการ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการสังเกตอาการ การให้คำแนะนำของพยาบาลมีความเหมาะสม และเป็นประโยชน์ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอ แนะนำการกลั้วคอด้วยน้ำเกลือ และจิบน้ำอุ่นบ่อย ๆ” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล)

“ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตัวเองที่บ้าน การอยู่รวมกันกับคนที่มาติดเชื้อ” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล)

“พยาบาลแนะนำวิธีรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์ ที่ถูกต้อง ทวนความเข้าใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยรับประทาน 9 เม็ดทุก 12 ชั่วโมงต่อเนื่อง ทำให้ยาเหลือไม่พอ” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์)

3) ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ว่าขณะแยกกักตัวที่บ้านจะได้รับการดูแลอย่างไร และคอยติดตามหากผู้ป่วยไม่ได้รับอุปกรณ์/อาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ควรได้พยาบาลช่วยให้ได้รับ ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “ติดตามอาหารให้ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล) “ช่วยติดตามใบรับรองแพทย์ให้ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับ แต่ต้องนำไปใช้ลางาน” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์)

4) ผู้บริหารจัดการ วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย และจัดการให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับอาการ เอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอ รับประทานอาหารไม่ได้ พยาบาลแจ้งปรับให้ได้รับอาหารอ่อน รสไม่จัด” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล) “รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยเข้าข่ายได้รับยาฟาวิพิราเวียร์” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล) “พยาบาลมีบทบาท Case Manager ช่วยดูแล และประสานการรักษาต่าง ๆ ประสานทีมสุขภาพ และทีมในชุมชนทำให้เกิดการดูแลที่ดี” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์)

5) ผู้ประสานงาน ติดต่อเครือข่ายหาทรัพยากร เพื่อช่วยผู้ป่วยโดยประสานให้ผู้ป่วยได้ออกซิเจน หรือรถรับ-ส่ง ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค Oxygen Saturation ลดลง แนะนำให้ไปโรงพยาบาล หากไม่มีรถจะช่วยเหลือให้” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล)

“พยาบาลส่งข้อมูลไปเพจดัง ๆ ว่าคนไข้ได้เตียงแล้วแต่ยังไม่สามารถไปโรงพยาบาลได้ ช่วยหารถรับ-ส่งผู้ป่วยให้” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์) “มีผู้ป่วยสูงอายุ จำเป็นต้องได้รับออกซิเจน แต่ไม่สามารถจัดหาให้ได้ พยาบาลช่วยประสานตลอดทั้งคืนให้ได้รับออกซิเจน” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์)

6) ผู้นำ เป็นแบบอย่างในการป้องกันตัวเอง จากเชื้อโควิด-19 และส่งเสริมผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “ตัวเราก็ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันไม่ให้ติดเชื้อ” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล) “ผู้ป่วยสีเขียวอาการไม่มาก ให้กำลังใจผู้ป่วยให้ดูแลตนเองที่บ้านได้” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล)

นอกจากบทบาทที่ได้กล่าวมายังพบประเด็นที่สำคัญจากการปฏิบัติงานของพยาบาล ได้แก่ การบันทึกรายงานของพยาบาล (Nurse's Note) ว่าเป็นตัวช่วยที่ดีในการรักษาผู้ป่วยของแพทย์ ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “บันทึกของพยาบาลมีความละเอียดดี สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์) “พยาบาลบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และการดูแลที่ทำหลังการติดตามในแต่ละครั้ง ทำให้แพทย์สะดวกต่อการนำข้อมูลผู้ป่วยมาใช้ในการรักษา และลดเวลาการซักประวัติผู้ป่วยลง” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์) “บางครั้งผมก็ติดต่อคนไข้ไม่ได้ ก็ดูจากบันทึกของพยาบาล และก็ช่วยให้เวลาที่คุยกับคนไข้คุยได้ตรงเรื่องที่ยังค้างปัญหาอยู่” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์)

3. ปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้าระบบการแยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกล

3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค อยู่ในเกณฑ์ต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ มีข้อจำกัดในการใช้อุปกรณ์สื่อสารทำให้ไม่สามารถใช้ไลน์เพื่อแจ้งอาการได้ ต้องอาศัยการโทรถาม ร้อยละของค่าเฉลี่ย 39.90 รองลงมาคือ การประเมินอาการผ่านไลน์หรือโทรศัพท์ ทำให้พยาบาลไม่สามารถสังเกตอาการผู้ป่วยได้ชัดเจน ร้อยละของค่าเฉลี่ย 38.89 สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค อยู่ในเกณฑ์ต่ำ โดยเมื่อพิจารณารายด้าน

แล้ว พบว่า ข้อที่มีปัญหามากที่สุดได้แก่ การไม่สามารถใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์รายงานอาการได้ ต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น มากที่สุด ร้อยละของค่าเฉลี่ย 16.71 รองลงมาคือ การขาดอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ไม่สามารถวิดีโอคอล หรือไลน์เพื่อแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงได้ ร้อยละของค่าเฉลี่ย 5.48

3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มพบว่า ปัญหาและอุปสรรค เรื่องการใช้อุปกรณ์สื่อสารเช่นกัน ดังคำกล่าว “ผู้ป่วยที่สูงอายุอาศัยอยู่บ้านคนเดียวทำให้ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ และทำให้ไม่สามารถบันทึกอาการลงในระบบได้” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล)

4. ความต้องการสนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้าระบบการแยกกักตัวที่บ้านด้วยการบริการสุขภาพทางไกล พบประเด็นที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

4.1 การสนับสนุนโทรศัพท์ส่วนกลางสำหรับใช้ติดตามอาการผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สามารถใช้ไลน์ในการสื่อสารได้ พยาบาลต้องอาศัยการโทรศัพท์ติดตามอาการ ดังคำกล่าว “หากมีการสนับสนุนโทรศัพท์ส่วนกลางสำหรับโทรติดตามผู้ป่วยก็จะดี เพราะผู้สูงอายุต้องโทรศัพท์หาจึงจะรับสาย และเพื่อให้แยกกับเบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว” (ผู้ร่วมวิจัย พยาบาล)

4.2 การทำประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบ และวิธีการแก้ไข เพื่อนำไปใช้หากพบเหตุการณ์เหล่านี้ ดังคำกล่าว “อยากให้มี Case Discussion ระหว่างแพทย์กับพยาบาล สัปดาห์ละ 2-3 วัน เพราะแต่ละคนพบปัญหาในการดูแลต่างกันจะได้แลกเปลี่ยนกัน” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์)

4.3 การจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลทางไกล ซึ่งให้เป็นแนวทางเดียวกันในระดับประเทศ เพื่อให้ทั้งพยาบาลในแต่ละหน่วยงานมีแนวทางในการดูแลไปในทางเดียวกัน ดังคำกล่าว “ถ้ามี Guideline หรือ Checklist ที่ชัดเจนถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องซักประวัติตามนี้ ก็อาจจะทำให้ทำงานสะดวกขึ้น ถ้าทำได้เป็นของประเทศเลยก็ดี” (ผู้ร่วมวิจัย แพทย์)

การอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน พบว่า ทั้งกลุ่มพยาบาล และผู้ป่วยต่างรับรู้ตรงกันว่า บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ทั้งในภาพรวม และรายด้าน ซึ่งยืนยันด้วยการสนทนา

กลุ่มของพยาบาลที่พบว่า พยาบาลรับรู้ได้ว่าตนเองได้มีบทบาทหน้าที่ครบถ้วนทั้ง 6 ด้าน และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากช่วงการแพร่ระบาดที่มีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ผู้ป่วยต้องแยกกักตัว ไม่สามารถออกมาซื้อหาอาหาร ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็นได้เอง บทบาทหน้าที่การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น จึงมีอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และอาศัยอยู่ลำพัง ทำให้เข้าถึงระบบการติดตามอาการได้ยาก พยาบาลจึงต้องมีความพยายามเพิ่มขึ้นในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ควรจะได้¹⁰ สอดคล้องกับผู้ป่วยที่รับรู้บทบาทหน้าที่ผู้บริหารจัดการ มากที่สุด รองลงมาคือ การเป็นผู้ประสาน เนื่องมาจากความต้องการของผู้ป่วยมีหลากหลายตามสภาพปัญหา^{11,12} เช่น ต้องได้รับออกซิเจน รับประทานผู้ป่วย เติงในโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลต้องประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ และบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการ จึงเป็นบทบาทที่ผู้ป่วยรับรู้มากที่สุด

สำหรับแพทย์รับรู้ว่ามีบทบาทผู้ให้บริการสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ชัดเจน ได้แก่ การประเมินอาการผู้ป่วยที่แม่นยำ และการประสานงานหรือส่งต่อ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ สมรรถนะของพยาบาลด้านการประเมินอาการ การคัดแยกผู้ป่วยเป็นสมรรถนะที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอิหร่านที่พบว่า การคัดกรองเบื้องต้นช่วยคัดแยกผู้ป่วย ก่อนส่งต่อให้พบแพทย์ช่วยลดทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยได้¹³ บทบาทผู้ให้ความรู้ เป็นอีกหนึ่งบทบาทที่พยาบาลกระทำอย่างชัดเจน สอดคล้องกันทั้งในมุมมองของพยาบาล ผู้ป่วย และแพทย์ เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่พบว่า พยาบาลสามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดในการดูแลตนเอง รวมถึงการคัดกรองอย่างรวดเร็ว ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้¹⁴

บทบาทที่แพทย์ไม่ได้รับบุถึง ได้แก่ การเป็นผู้นำ ทั้งนี้เนื่องมาจากมุมมองแพทย์มีจะติดต่อสื่อสารกับพยาบาลเฉพาะบางช่วง เช่น ต้องส่งต่อผู้ป่วย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ไม่ได้เห็นบทบาทผู้นำชัดเจน

ปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้าระบบการแยกกักตัวที่บ้าน พบว่าทั้งกลุ่มพยาบาล และผู้ป่วย ต่างพบปัญหากรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร ทำให้ไม่สามารถติดต่อ หรือประเมินอาการได้ สอดคล้อง

กับการศึกษาในเกาหลีใต้ ที่พบว่า โทรศัพท์และการสนทนาทางวิดีโอ และวิธีการอื่น ๆ ในการพยาบาลทางไกลเพื่อติดตามอาการ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแล แต่มีข้อจำกัดในด้านความสามารถในการใช้อุปกรณ์สมาร์ตโฟนที่ผู้ป่วยจะต้องใช้อุปกรณ์ในการสื่อสารได้¹⁵ ปัญหาสัญญาณไม่เสถียร ส่งผลให้บริการสุขภาพทางไกลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร¹⁶ ดังนั้นระบบบริการทางไกลจึงยังมีข้อจำกัดบางราย และผู้ที่อยู่ในพื้นที่สัญญาณไม่เข้าถึง^{17,18}

ความต้องการสนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้าระบบการแยกกักตัวที่บ้าน พบว่า 1) การสนับสนุนโทรศัพท์ส่วนกลางสำหรับใช้ติดตามอาการผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลที่มาร่วมกันดูแลผู้ป่วยมีทั้งพยาบาลประจำและพยาบาลจิตอาสาทั่วประเทศ การใช้อุปกรณ์สื่อสารส่วนตัวจึงสะดวก แต่ต้องโทรติดตามผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถส่งข้อความได้¹⁹ ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยทีมงานของ IHRI ได้สังเกตเห็นปัญหาอุปสรรค และพยายามหาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบโทรศัพท์กลาง แต่ด้วยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมระบบโทรศัพท์ส่วนกลาง และค่าใช้จ่ายมาก่อนจึงจำเป็นต้องใช้เครือข่ายส่วนตัว 2) การทำประชุมปรึกษาดูแลผู้ป่วย พยาบาลและแพทย์มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน การประชุมปรึกษาจะช่วยให้ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทางการดูแลหากพบปัญหาคล้ายกันอีกครั้งต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านในมุมมองของกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 12 พบว่าการจัดอบรมให้ความรู้ในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนในทางเดียวกันเป็นประเด็นหนึ่งที่ผู้ให้บริการทางไกลต้องการ²⁰ และ 3) การจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลทางไกล แม้ว่าพยาบาลจิตอาสา และพยาบาลประจำที่มาร่วมกันดูแลผู้ป่วยจะมีการประชุมแนวทางก่อนเริ่มงาน และสื่อสารหากต้องการความช่วยเหลือ แต่จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และต้องพร้อมเผชิญความกดดันจากภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความวิตกกังวล และกลัวต่อความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้น²¹ ดังนั้นการกำหนดนโยบายที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งประเทศจะช่วยให้มีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่พบว่า การขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกลทำให้ขาดความราบรื่นในการปฏิบัติงานนำไป

สู่การปฏิบัติที่ผิดพลาดได้¹⁴

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เชีงนโยบาย จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการจัดระบบบริการสุขภาพทางไกลควรจัดทำแนวปฏิบัติเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อให้ทั้งพยาบาลประจำ และจิตอาสาปฏิบัติได้สอดคล้องในทิศทางเดียวกัน

2. การปฏิบัติทางการพยาบาล จากผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า พยาบาลควรคำนึงถึงบทบาทหน้าที่ให้ครบถ้วนตามด้านที่ได้กล่าวมา และจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพควรเพิ่มการทำประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากพยาบาลที่ร่วมในการปฏิบัติงานครั้งนี้มีทั้งกลุ่มพยาบาลประจำ และพยาบาลจิตอาสา ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเกี่ยวกับความแตกต่างในการรับรู้บทบาทหน้าที่ระหว่างกลุ่มพยาบาลจิตอาสา และพยาบาลประจำ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกรณีเกิดโรคระบาดอื่น ๆ ต่อไป

References

1. Pinsawas B, Ophakas S, Bedavanija A, Kochasawas W, Jitpun P, Leemongkol S, Phisalprapa P, rivanichakorn W, Chaisathaphol T, Washirasaksiri C, Auesomwang C. Home Isolation and Online Support Strategies during Mild COVID-19 Pandemic Waves in Thailand: A Scoping Review 2023; 3(7):987-98.
2. Department of Medical Services. Guidelines for medical personnel in giving advice to patients and providing services for patients with Covid-19 in home isolation, dated 1 July 2021, in the case of waiting for inpatient treatment in a hospital or while waiting for the due date of 14 days, or after discharge from the hospital or government facility before the deadline. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2020. (in Thai).

3. Alishan S, Ali F, Iqbal Z, Ammar A, Muhammad AS, Farooq F, Mir A, Salahuddin N, Saghir T, Karim M. Home Management of COVID-19 Patients: A Successful Model in Non-severe COVID-19 Patients in the Developing World. *Cureus*. 2022;14(1): 1-7.
4. Xu H, Huang S, Qiu C, Liu S, Deng J, Jiao B, Tan X, Ai L, Xiao Y, Belliato M, Yan L. Monitoring and management of home-quarantined patients with COVID-19 using a We Chat-based telemedicine system: retrospective cohort study. *Journal of medical Internet research* 2020; 22(7):e19514.
5. Ministry of Public Health. Announcement of the Ministry of Public Health subject name and importance symptoms of communicable diseases that must be monitored. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2022. (in Thai).
6. Bushnell DS. Input, process, output: a model for evaluating training. *Training & Development Journal* 1990; 44(3): 41-4.
7. Lundy KS, Janes S. Community health nursing: caring for the public's health 3rd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Publisher; 2016.
8. Liu N, Huang R, Baldacchino T, Sud A, Sud K, Khadra M, et. al. Telehealth for noncritical patients with chronic diseases during the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Internet Research*. 2020; 22(8): 1-4.
9. Pattarateeranon P, Sriyoha N, Sreeprasarn P, Saowanee R. Role of Community Nurses in Health Promotion and Prevention of Coronavirus 2019 Pandemic in 8 Community Responsible Area, Ramathibodi Hospital. *Thai Journal of Health Education*. 2021; 44(1): 1-11. (in Thai)
10. Nadkarni A, Hasler V, AhnAllen CG, Amonoo HL, Green DW, Levy-Carrick NC. Telehealth during COVID-19 does everyone have equal access. *American Journal of Psychiatry*. 2020; 177(11): 1093-4.
11. Suara E, Aliyah Z. The effectiveness of telenursing SI KASIH (Daily Patient Condition Information System) on anxiety of the family of isolated COVID-19 Patients. *Journal of Medical Surgical Nursing Science*. 2022; 5(2): 8-16.
12. Sungkeaw S, Harnirattisai T, Srisatidharakul B. Registered nurses' competency in caring for emerging infectious diseases. *Thai Journal of Nursing Council*. 2020; 35(3): 69-86.
13. NeJhaddadgar N, Ziapour A, Zakkipour G, Abbas J, Abolfathi M, Shabani M. Effectiveness of telephone-based screening and triage during COVID-19 outbreak in the promoted primary healthcare system: a case study in Ardabil province, Iran. *Z Gesundh Wiss*. 2020; 30(5):1301-6.
14. Sharma M, P B, Sharma DK, Parashar A, Sevak S, Vyas H & Kalal MH. Telenursing a boon for healthcare in India: a scoping review. 2022.
15. Heo H, Lee K, Jung E, Lee H. Developing the first telenursing service for COVID-19 patients: the experience of South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(13): 1-13.
16. 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).
17. Das H, Panigrahi S, Swain D. Telenursing-an emerging concept in reducing COVID-19 hospital occupancy. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2022; 9(1): 414-9.

18. Knierim K, Palmer C, Kramer E, Rodriguez R, VanWyk J, Shmerling A, et al. Lessons Learned During COVID-19 That Can Move Telehealth in Primary Care Forward. *Journal of the American Board Family Medicine*. 2021; 34(Supplement): 196-202.
19. Pierce W, Schroeder D, Suchacki R. Telehealth in Latin America: progress, challenges, and opportunities in the face of COVID-19. *Telehealth and Medicine Today*. 2021; 6(1): 1-8.
20. Jitbantad W, Fong-ngam P, Samerpop K, Manraden MK, Jitbantad H. The lesson learned on telehealth care model of home isolation in terms of health workforce in the Public Health Region 12. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
21. Yongchaiyoot P & Oumtanee A. Nurses' Experiences of Caring for Patients with COVID-19. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(2): 162-70. (in Thai).

ประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Lived Experiences of Professional Nurses Infected with Coronavirus 2019

จุฑาทิพย์ คชะวะโร* อารีวรรณ อ่วมตานี

Juthatip Kachawaro* Areewan Oumtanee

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำการศึกษาในพยาบาลที่ติดเชื้อ จำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ผู้วิจัยที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีเครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกภาคสนาม 4) แบบบันทึกการถอดข้อความ และ 5) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของ Colaizzi

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สภาพการทำงานที่มีภาวะเสี่ยง 2) เริ่มมีอาการ แจ้งหน่วยงานเข้าระบบการรักษา 3) ความรู้สึกหลากหลายในช่วงเวลากักตัวและรับการรักษา 4) อาการที่หลงเหลืออยู่หลังการรักษา และ 5) การทำงานของพยาบาลมีความเสี่ยงตลอดเวลา

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต, พยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This qualitative study aimed to describe lived experiences of professional nurses infected with COVID-19. Qualitative research was applied to use in this study. The informants were 15 nurses who had experience infected with COVID-19 from working. The tools used consisted of the researchers who were an important interview tool and collect data manually. There were other tools to help collect data, namely 1) digital voice recorders, 2) personal data record forms, 3) field record forms, 4) transcript forms, and 5) interview questions.

Data collection was done using in-depth interviews. The data were analyzed by using content analysis of Colaizzi method.

The finding of this study are consisted of themes as follows: 1) Risk working conditions, 2) Entering the medical system for COVID-19 treatment, 3) Various emotions during quarantine and treatment, 4) Having post-COVID conditions and 5) The work of nurses are risk at all times.

Keywords: Lived experiences, Professional nurses infected with COVID-19, Qualitative research

Corresponding Author: *E-mail: Juthatip.kac@gmail.com

วันที่รับ (received) 18 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accept) 7 ต.ค. 2566

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดจากเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งเกิดขึ้นครั้งแรกเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ที่มีการระบาดแพร่ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อ และเสียชีวิตจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง¹ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต้องเผชิญกับความเสี่ยงสูงของการติดเชื้อโรคโควิด 19 จากสถิติทั่วโลกพบว่ามีพยาบาลที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 อย่างน้อยจำนวน 230,000 ราย เสียชีวิตอย่างน้อย 3,000 ราย นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19² โดยประเทศไทยพบข้อมูลพยาบาลจำนวน 54 ราย ซึ่งมีสาเหตุของการติดเชื้อมาจากการไม่ได้ใช้อุปกรณ์ PPE ครบชุด และสัมผัสผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโรคโควิด 19 โดยไม่รู้ตัวว่าตนเองมีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน³

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด 19 จากรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อโรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งที่เป็นสถานศึกษา พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล อย่างน้อย 200 ราย ในจำนวนนี้มีพยาบาลที่มีการติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการปฏิบัติงานอย่างน้อยจำนวน 30 ราย พยาบาลที่ติดเชื้อจะได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก และพิจารณาแยกกักตัวเพื่อรักษาการติดเชื้อ สำหรับการดูแลจะได้รับการดูแลตามอาการและอาการแสดงซึ่งในช่วงแรกที่มีจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่ติดเชื้อจะได้รับการรักษาที่ Hospital และพยาบาลบางรายจะได้รับการรักษาแบบ Home isolation อีกทั้งพบว่าเกิดอาการที่หลงเหลืออยู่หลังจากการได้รับการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อพยาบาลจะได้ทราบวิธีการป้องกันความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งปัจจุบันไม่สามารถศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างชัดเจน ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการวางแผน และจัดการระบบการป้องกันความเสี่ยง

การปฏิบัติงาน รวมทั้งวางแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากรเมื่อพบว่าพยาบาลติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านการบอกเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และความจริงจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง

ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน 2) มีสติสัมปชัญญะ และใช้ภาษาไทยได้ดี และ 3) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เนื่องจากเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีเครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกภาคสนาม 4) แบบบันทึกการถอดข้อความ และ 5) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยรหัสโครงการวิจัยที่ 481/2022 เมื่อรับรองเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2565 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดและตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้ ตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูล จนกระทั่งถึงการเสนอผลการวิจัย

ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการสัมภาษณ์รวมถึงขออนุญาตบันทึกเสียงและจัดบันทึกขณะสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ในทุกขณะของการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารการบันทึกข้อมูลต่างๆของผู้ให้ข้อมูลทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ปกปิดชื่อและสถานที่ที่ปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในภาพรวม หลังจากผู้ให้ข้อมูลยินดียอมรับร่วมการวิจัยจึงมีการลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยดำเนินการขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ รองคณบดีฝ่ายวิจัย ฝ่ายการพยาบาล และฝ่ายทรัพยากรบุคคล ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จากนั้นดำเนินชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้กับหัวหน้างานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 งานการพยาบาล โดยการประชาสัมพันธ์ประกาศเชิญชวนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและมีความสนใจติดต่อทีมผู้วิจัยโดยตรง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการติดต่อและชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ดำเนินการนัดหมายวันเวลา รวมทั้งสถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้กำหนด ดำเนินการสัมภาษณ์ตามประเด็นที่ต้องการศึกษาร่วมกับสังเกตการบันทึกบทสนทนาการสัมภาษณ์ ซึ่งในการสัมภาษณ์ จำนวน 1-2 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 1 ชั่วโมงต่อครั้งต่อราย การสัมภาษณ์สิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว ได้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหาด้วยวิธีการของ Colaizzi⁵ ได้แก่ การค้นหาประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยทำการอ่านข้อมูลจากการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์ทั้งหมดหลายๆ รอบ จากนั้นดึงประโยคหรือข้อความที่เกี่ยวข้องมากำหนดข้อมูล (Coding) จัดรหัสข้อมูลที่เหมือนกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน วิเคราะห์ข้อมูลประเด็นหลักและประเด็นย่อย จากนั้นแล้วเขียนเค้าโครงคำอธิบายประเด็นที่ได้พร้อมทั้งนำตัวอย่างคำสัมภาษณ์นำมาใช้อ้างอิงผลการวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Guba and Lincoln⁶ โดยนำบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายทำการตรวจสอบ (Member checking) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกราย ไม่มีการแก้ไขข้อมูลใดๆ และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องตรวจสอบ

และมีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลในการศึกษาวิจัยนี้ จำนวน 3 ราย ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Peer debriefing) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นด้วยกับประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ยินดีในการให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย โดยมีอายุระหว่าง 23-29 ปี เป็นเพศหญิงจำนวน 13 ราย และเป็นเพศชายจำนวน 2 ราย สถานภาพโสดทั้งหมด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยติดเชื้อจำนวน 1 ครั้ง มีจำนวน 12 ราย และติดเชื้อจำนวน 2 ครั้ง มีจำนวน 3 ราย จำนวนวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับก่อนการติดเชื้อ จำนวน 3 เข็ม มีจำนวน 3 ราย ได้รับก่อนการติดเชื้อจำนวน 4 เข็ม มีจำนวน 9 ราย และได้รับก่อนการติดเชื้อจำนวน 5 เข็ม มีจำนวน 3 ราย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สภาพการทำงานที่มีภาวะเสี่ยง 2) เริ่มมีอาการ แจ้งหน่วยงานเข้าระบบการรักษา 3) ความรู้สึกหลากหลายในช่วงเวลากักตัวและรับการรักษา 4) อาการที่หลงเหลืออยู่หลังการรักษา และ 5) การทำงานของพยาบาลมีความเสี่ยงตลอดเวลา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สภาพการทำงานที่มีภาวะเสี่ยง

โรคติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ มีการแพร่กระจายของเชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว ในช่วงการระบาดระลอกแรก โรงพยาบาลยังไม่มีแผนการให้บริการระหว่างผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อโรคโควิด 19 กับผู้ป่วยอื่นๆ ดังนั้นพยาบาลจึงมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคโควิด 19 ได้มากกว่าบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตลอดการรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนี้

1.1 มีโอกาสสัมผัสจากเชื้อโรค ไม่ได้มีการ

ป้องกันทุกขั้นตอน การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ในระลอกแรก พยาบาลจึงต้องใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อตามแนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล แต่จากการสัมภาษณ์ พบว่า พยาบาลไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย ในระยะต่อมาเมื่อผู้ป่วยตรวจพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด 19 พยาบาลจึงได้รับการตรวจด้วยและพบการติดเชื้อเช่นเดียวกับผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “ตอนนั้นหนูได้ดูแลคนนั้นด้วยค่ะ เพราะว่าตอนนั้นจะจัดทำ Prone ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยเป็น ARDS จะคว่ำคนไข้ค่ะ หนูเลยไปดูดเสมหะหรือ แล้วเครื่อง Ventilator มันหลุด หนูก็เลยไปต่อแล้วผู้ป่วยก็ไม่ Stable เท้าไร หนูก็เลยไป Resuscitate รอ ตอนนั้นหนูก็อยู่ส่วนศีรษะผู้ป่วยพอดี เพราะต้อง Clear airway ปกติใส่ Mask 2 ชั้น แต่ตอนนั้นยังไม่รู้แน่ชัดว่าผู้ป่วยเป็นเคสติดเชื้อโควิด ก็เลยเข้าห้องผู้ป่วยไปพออีกวันเขาเลย Swab ผู้ป่วยที่เขาไปติดตามจากกอร์ดที่ย้ายมา... ตอนนั้นได้ใส่เครื่องป้องกันนะค่ะ ใส่ทั้ง Face shield ทั้ง Mask เลยค่ะ แต่ Mask ใส่ชั้นเดียว เพราะตอนนั้นเขายังไม่ได้บอกว่าผู้ป่วยเสี่ยงสูง พอคิดว่าผู้ป่วยมีไข้ X-ray ดูมันเหมือนกันกับติดเชื้อโควิด แล้วเขาก็ตรวจผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ”

1.2 ละเลยการใช้อุปกรณ์การป้องกัน พยาบาลเล่าว่าในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยมีการติดเชื้อโรคโควิด 19 ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อ พยาบาลจึงปฏิบัติงานตามปกติโดยไม่ได้ใส่อุปกรณ์การป้องกันตนเองก่อนการทำการหัตถการ พยาบาลที่ทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเล่าว่า ต้องรีบช่วยชีวิตของผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนจึงไม่ได้มีการป้องกัน ระยะต่อมาจึงทราบว่าผู้ป่วยที่ตนเองดูแลติดเชื้อ ทำให้พยาบาลติดเชื้อโรคโควิด 19 จากผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “หนูติดตามจากผู้ป่วย เพราะว่าวันนั้นหนูขึ้นเวรไป แล้วใน ER คือเขายุ่งกันมาก ตอนนั้น Face shield คือยังไม่ทันได้ใส่ แล้วมีผู้ป่วยคนหนึ่งมาใหม่ ตอนแรกเขายังไม่รู้ว่าเขาเป็น ผู้ป่วยนะเขาก็บอกว่าไอมาตั้งนานแล้วเขาไม่ได้ติดเชื้อโควิด แล้วอาการเขาคือเหนื่อยมากต้องมีย้ายเข้ามา เราพ่นยา มันก็เป็นมันก็แบบฟุ้งกระจายอยู่ทั่วห้องอยู่แล้วค่ะ แล้วมีก๊วยทางปากอีก ป้อนยาเขาก็กิน เขาก็เปิด Mask มาใส่แล้ว หนูก็มาใส่ N-95 พอช่วงกลางวัน PCR ของผู้ป่วยก็ Detected หนูก็เลยคิดว่าหนูติดจากคนนี้นะๆ หลังจากนั้น 7 วันหนูก็ Detected หนูก็เลยคิดว่าน่าจะคนนั้นค่ะ”

2. เริ่มมีอาการ แจ้งหน่วยงานเข้าระบบการรักษา

พยาบาลแต่ละรายมีอาการเริ่มต้นของการติดเชื้อ

โรคโควิด 19 ที่แตกต่างกัน เมื่อพยาบาลพบว่ามีอาการผิดปกติและสงสัยว่าตนเองอาจติดเชื้อโรคโควิด 19 จึงมีการดำเนินการตรวจยืนยันเพื่อเข้าระบบการรักษา ดังนี้

2.1 มีอาการนำก่อนมาโรงพยาบาล พยาบาลที่มีการติดเชื้อโรคโควิด 19 เริ่มมีอาการนำที่คล้ายคลึงกันเหมือนอาการของไข้หวัด แต่จะมีอาการนำที่แตกต่างกัน มีไข้สูง หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ มีน้ำมูก เสียงเปลี่ยน และปวดศีรษะมาก พยาบาลบางรายจะดูแลตนเองเบื้องต้นตามอาการก่อนและตรวจ ATK พบว่าติดเชื้อโรคโควิด 19 จึงเข้าระบบการตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “หนูมีเจ็บคอค่ะ มีไข้อยู่ที่ 37.8 องศา บางวันก็ถึง 38 องศา ก็มีอยู่ 2 วัน หลังจากนั้นก็เหลือแค่เจ็บคอ เสียงแหบ ก็มีไอ ไอ แล้วก็ไอค่ะ...วันแรกที่เริ่มมีอาการรู้ตัวเลยค่ะ เพราะว่าอาการมันเร็วมาก เพราะวันก่อนหน้านี้หนูยังดีอยู่ อยู่ แล้วต่อมาหนูก็เริ่มเจ็บคอ รู้สึกเจ็บคอนิดๆ แล้วก็เสียงขึ้นจมูก แล้วก็เริ่มรู้สึกเหมือนตัวมันร้อนๆ ค่ะ พอลงเวรบ่ายมาปั๊บ ปลายเวรยิ่งชัด หนูก็เลยมาตรวจ ATK แล้วก็เจอจริงๆ ก็มันแหละค่ะ และอาการมันชัดมาก มันเร็วมากจึงตรวจ ATK เองเลยค่ะ”

2.2 เข้ารับการตรวจตามระบบเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด หลังจากที่ได้พยาบาลได้ตรวจพบการติดเชื้อโรคโควิด 19 ด้วยตนเองแล้ว บางรายมีอาการมากขึ้น จึงต้องการตรวจยืนยันผลและเข้าระบบการรักษาต่อพยาบาล จึงลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันของโรงพยาบาล เพื่อเข้ารับการตรวจหาเชื้อด้วยการวิธีการ Swab PCR test for COVID-19 นอกจากนี้พยาบาลต้องแจ้งหัวหน้าหน่วยงานให้รับทราบด้วย หลังจากผลการตรวจพบว่ามีอาการติดเชื้อ พยาบาลหน่วยโรคติดเชื้อ (IC Nurse) จะเป็นผู้ติดต่อและแจ้งผลการตรวจ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “ตอนนั้นหนูเริ่มเจ็บคอก่อนค่ะ เจ็บอยู่ประมาณ 2 คืน ซึ่งได้ตรวจ ATK แล้วมันขึ้นขีดเดียวค่ะ ตอนนั้นก็เลยติดต่อ Staff center ไป เขาแจ้งว่าหนูมีอาการก็เลยให้ไป Swab ผลมันก็ขึ้น Detected ค่ะ ก็จองในระบบ xxx [แอปพลิเคชันของโรงพยาบาล] ก็มีพยาบาลที่ IC Nurse โทรมาสอบถามค่ะว่าจะอยู่แบบ Home isolation หรือจะอยู่แบบ Hospitel หนูเลือกไปอยู่ Hospitel ค่ะ”

2.3 เลือกสถานที่เข้ารับการรักษา เมื่อพยาบาลหน่วยโรคติดเชื้อโทรแจ้งผลการตรวจแก่พยาบาลว่ามีการติดเชื้อโรคโควิด 19 แจ้งข้อมูลขั้นตอนต่างๆ ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และให้เลือกสถานที่เข้ารับการรักษาว่าจะเลือกใช้รูปแบบ Hospitel หรือ Home isolation ซึ่งการรักษาทั้ง 2 สถานที่นี้

มีขั้นตอนแตกต่างกัน ดังนี้ “พอเราลงในระบบ xxx [แอปพลิเคชันของโรงพยาบาล] แล้วตอนเช้าเขาโทรมาถามอาการก่อนค่ะ... ตอนแรกเขาให้หนูไป Swab ที่ Skywalk แล้ว Swab เสร็จตอนเย็น ผล Detected IC Nurse โทรมา และ ศูนย์ Refer โทรมา ให้เก็บของ และ Refer แจ้งว่าให้ย้ายรูปบัตรประชาชนส่งให้เขา แล้วเขาก็สอบถามว่าสะดวกกักตัวที่ไหน Hospitel หรือ Home isolation หรือจะพักที่หอ ซึ่งที่หอหนูก็อยู่คนเดียว แต่มันจะเสี่ยงเกินไปสำหรับคนอื่น เขาบอกว่าไม่ได้นะควรไป Hospitel ดีกว่านะ หนูก็ได้ค่ะ รถที่มารับเป็นรถ Ambulance ค่ะ พอไปถึงก็มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเราทั้งนั้นเลยที่อยู่ Hospitel ช่วงที่ไปถึงเราต้องวัดไข้ วัดความดัน เจาะเลือดดูเป็น Baseline ก่อน พอ 11 โมงเขาก็นัดเราลงมา X-ray ข้างล่าง”

2.4 ได้รับการรักษาตามอาการ เนื่องจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีอาการคล้ายไข้หวัด การรักษาจึงเป็นการรักษาตามอาการ ได้แก่ หากมีไข้และปวดศีรษะ จะได้รับยา Paracetamol หากมีอาการ ไอแบบมีเสมหะ ได้ยาแก้ไอและยาละลายเสมหะ สำหรับผู้ที่มีอาการหายใจเหนื่อย หอบ หรือมีไข้สูง จะได้รับยา Favipiravir หรือ Molnupiravir ร่วมกับยารักษาตามอาการ ดังที่กล่าวมาแล้ว ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้ “แต่พอเข้า Hospitel อาการหนูมาเต็มเลยนะค่ะ มีอาการเจ็บคอ ไอ ไอจนตาแดง เส้นเลือดฝอยในจมูกแตก มีลมเลือดออกมา คอ หนูก็แห้ง เขาก็จะมียาพ่นมาให้ เราก็พ่นยาที่เขาให้มา มียาลดน้ำมูกด้วย มีใช้ต่างๆ เขาก็มียาลดไข้ให้ด้วยนะค่ะ...ตอนนั้นก็ได้ Favipiravir ได้มาเป็น Course หนึ่งค่ะ แล้วก็มียาอม Strepsil ยาลดน้ำมูก ยาแก้แพ้ ยาพ่นคอ และยา Para แค่นั้นค่ะ”

3. ความรู้สึกหลากหลายในช่วงเวลากักตัวและรับการรักษา

หลังจากที่พยาบาลได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคโควิด 19 และเข้ารับการรักษาไม่ว่าจะเป็น Hospitel หรือ Home isolation พยาบาลได้สะท้อนความรู้สึกถึงทางลบและทางบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการกักตัวและรับการรักษาไว้ ดังนี้

3.1 กลัวและกังวลใจจะทำให้คนอื่นติดเชื้อโควิด พยาบาลที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กล่าวว่า ในขณะที่ตนเองติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รู้สึกทั้งกลัวและกังวลใจว่าพ่อแม่ ผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และ เพื่อนที่พักห้องเดียวกัน เป็นต้น จะติดด้วย ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้ “กลัว กลัวที่บ้านติด เพราะว่าวันเสาร์อาทิตย์หนูกลับบ้านค่ะ

หลังจากนั้นก็พอวันอังคารหนูตรวจแล้วมันขึ้นเลย กลัวว่าแบบที่บ้านจะติดด้วย เพราะว่ามันเป็นช่วงที่เราจะเป็นช่วงกลัวว่าเป็นช่วงแพร่เชื้อและเราอยู่บ้านด้วยค่ะ กังวลว่าพ่อแม่จะติดด้วย”

3.2 เครียด กลัว กังวล สุขภาพของตนในระยะยาว ในช่วงที่มีการกักตัวและต้องเข้ารับการรักษาการติดเชื้อโควิด 19 พยาบาลที่ติดเชื้อกล่าวว่า ตนเองรู้สึกเครียด กังวล กลัว ว่าสุขภาพจะไม่เหมือนเดิม เนื่องจากกลัวว่าเชื้อจะทำลายปอด รวมถึงกังวลและกลัวว่าเชื้อจะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายในระยะยาว จึงใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียด กังวลและความกลัว โดยการฟังเพลง อ่านหนังสือ และหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19 ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “หนูก็โทรไปร้องให้กับคนที่บ้านบ่อยมาก เพราะกลัวกับสุขภาพระยะยาวของหนู คือหนูไม่อยากจะเป็นอย่างนั้นเลย หนูก็เลยเดินบ้างอะไรบ้าง เพราะกลัว คือ หนูลองเปิด YouTube ดู ว่ากรณีที่เป็นโควิดจะเหนื่อยอย่างไรบ้าง เขาก็สอนวิธีการกลั้นหายใจ หนูก็ลองกลั้น บ่อยเลยค่ะ ก็ยังไม่เหนื่อยมากเท่าไรเลยลองไปเดินทางหนีไฟ เดินขึ้น เดินลงหลายรอบ ก็ไม่ค่อยเหนื่อย แต่หอบค่ะ กลัวด้วยแหละค่ะ กลัวกลับมาไม่เหมือนเดิม”

3.3 เบื่อกับการอยู่ในพื้นที่จำกัดทำกิจวัตรซ้ำๆ เดิม ในช่วงที่มีการกักตัวและต้องเข้ารับการรักษาการติดเชื้อโรคโควิด 19 ตั้งแต่ 7 ถึง 20 วัน ต้องอยู่ในห้องสี่เหลี่ยม กิจกรรมที่ทำได้ก็จำกัด ทำเป็น Routine ทำแบบเดิมซ้ำๆ วันไปในแต่ละวัน ทำให้รู้สึกเบื่อกับการอยู่ในห้องที่กักตัว จึงหากิจกรรมเพื่อช่วยผ่อนคลายความเบื่อ เช่น เล่นเกม ดูหนัง ดูซีรีส์ ฟังเพลง และออกกำลังกาย ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “พอไป Hospitel พออยู่ไปเรื่อยๆ คือ หนูอยู่นานประมาณ 10 วัน คือ เราเบื่อก่อนนอนที่นั่นนาน เพราะออกไปไหนไม่ได้ อยู่แต่ในห้องก็ได้ฟังเพลง ดูหนังทุกวันติดกัน 3-4 วัน มันก็รู้สึกว่ายากไปหากิจกรรมอื่นทำแล้ว ที่ไม่ได้มีแค่นี้... ตอนนั้นอยากไปทำงานแล้วค่ะ มันอยู่ 3-4 วัน กิจกรรมเดิมๆ มันเบื่อ อยากไปกินข้าวที่อื่น หรือทำงานอะไรแบบนี้ค่ะ ทั้งวันก็ดูทีวีนอน แต่ก็มีบางวันไม่มีอะไรเราก็ออกกำลังกายที่ห้องท่าเบาๆ ยืดเส้นยืดสายค่ะ ก็เปิด YouTube แล้วออกกำลังกายตามค่ะ เพราะจะได้คลายเครียดด้วยค่ะ”

3.4 รู้สึกดีที่ได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง พยาบาลที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 กล่าวว่า ช่วงที่มีการกักตัวได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง เช่น กำลังใจจากพ่อแม่ที่โทรศัพท์มาคุย

และขอให้หายป่วยในเร็ววัน เพื่อน และเพื่อนร่วมงานมีการพักทยอยสอบถามอาการความเป็นอยู่ และส่งสิ่งของอาหารและอื่นๆ มาให้ ณ สถานที่พักรักษาตัว นอกจากนี้หัวหน้าหน่วยงานโทรศัพท์มาสอบถามอาการอยู่เรื่อยๆ และส่งสิ่งของมาให้ รวมทั้งผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลได้จัดสรรเงินสวัสดิการมอบให้เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “ตอนนั้นได้กำลังใจจากเพื่อนๆ เพื่อนร่วมงาน กำลังใจจากที่บ้านบ้าง ก็โทรหาที่บ้านตลอดเวลาค่ะ ครอบครัวเป็นห่วงเรื่องการติดเชื้อของเรา ครอบครัวก็บอกว่าเราอยู่ Hospital อยู่แล้วไม่น่าเป็นห่วงเท่ากับคนที่ไม่ได้อยู่ Hospital พ่อแม่ก็โทรมาสอบถามอาการตลอดอยู่ค่ะ ก็เป็นห่วงอยู่ค่ะ และจากหัวหน้าหน่วยด้วยค่ะ ตอนที่เราติดเชื้อโควิด หรือเราป่วย ผู้บริหารมีสวัสดิการเงินค่าเยี่ยมไข้ให้ 500 บาท จากผู้ตรวจการจากหน่วยงานของหนูด้วยอีก 500 บาท”

4. อาการที่หลงเหลืออยู่หลังการรักษา

หลังการรักษาตัวใน Hospital หรือ Home isolation พยาบาลที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ยังมีอาการที่หลงเหลือ ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อย หายใจไม่ออก ไอ หรือ เสียงยังไม่เหมือนเดิมซึ่งเป็นอาการของ ของลองโควิดที่ยังคงมีอยู่ ทำให้ส่งผลต่อการสื่อสารในขณะกลับไปทำงาน ดังนี้

4.1 อาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่เต็มอิ่ม

พยาบาลที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 กล่าวว่าหลังจากที่ได้เข้ารับการรักษารักษาการติดเชื้อ ตนเองยังมีอาการที่หลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายออกจาก Hospital หรือ Home isolation เรียกว่า “ลองโควิด” ได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย ทำงานก็รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติ บางครั้งหายใจไม่ออก และหายใจไม่เต็มอิ่ม เป็นประมาณ 1 เดือน อาการจึงหายไป ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “ตอนนี้มีอาการของลองโควิดอีกด้วยค่ะ ยังมีเหนื่อยง่าย ทำอะไรก็เริ่มเหนื่อยแล้ว เป็นตั้งแต่ที่หลังติดเชื้อโควิดรอบแรกเลยคะ...ก็รู้สึกแค่เพลียๆ พอทำงานไปเรื่อยๆ หายใจไม่ออกเลยคะ”

4.2 ไอ มีน้ำมูกและเจ็บคอ พยาบาลที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 เล่าว่า หลังจากที่ได้เข้ารับการรักษารักษาการติดเชื้อ ตนเองพบว่ามีอาการลองโควิด คือ ไอ มีน้ำมูก และเจ็บคอ อาการเหล่านี้เป็นอยู่ประมาณ 1-2 สัปดาห์จึงจะหายไป ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “อาการยังมีนะค่ะ คือไอเยาะ มีน้ำมูกหลังไปประมาณอาทิตย์เลยคะ อาทิตย์นึงเลย แต่ว่าไอเนี่ยประมาณ 2 อาทิตย์เลย ถึงจะแบบหายขาด ส่งผลต่อการทำงานอยู่นะ แบบถ้าเราอะ ต้องพูดต้องติดต่อสื่อสาร

ต้องส่งเวร ไอก็เป็นอุปสรรคเหมือนกัน แบบพูดไปก็เจ็บคอ ไอเจ็บคอ คือโดยหลากหลายจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับเหนื่อยเวลาเราจะต้องสื่อสารกับคนไข้”

5. การทำงานของพยาบาลมีความเสี่ยงตลอดเวลา

พยาบาลที่มีประสบการณ์การติดเชื้อโรคโควิด 19 เล่าว่า หลังจากหายป่วย พยาบาลมีการเตือนตนเองอยู่เสมอว่า ต้องมีการระมัดระวังและป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตลอดเวลา ดังนั้นควรมีการป้องกันการติดเชื้อ และใส่ใจสุขภาพ ใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง ดังนี้

5.1 ป้องกันการติดเชื้อ เพื่อไม่ให้มีการติดเชื้อ

จากประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ทำให้พยาบาล มีความระมัดระวังตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ตระหนักถึงการดูแลตนเอง และป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “สำหรับวิธีการป้องกันการติดเชื้อโควิดของหนูนั่นนะค่ะ ก็จะมีช่วงหนึ่งที่เขาบอกว่าเลิกใส่ Mask หนูยังไม่กล้าละคะ ก็ใส่ Mask ตลอด ล้างมือบ่อยๆ ล้างจนมือเปื่อยเลยคะ แล้วพอสเปรย์แอลกอฮอล์ ส่วนเรื่องเว้นระยะห่าง หนูก็ต้องเดินทางรถโดยสารก็พ่นแอลกอฮอล์เอาคะ...หนูคิดว่าต่อให้เราติดแล้วเราก็ต้องป้องกัน เพราะเรามีโอกาสติดเชื้อได้ตลอด”

5.2 ใส่ใจสุขภาพ ใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง

พยาบาลผู้มีประสบการณ์การติดเชื้อโรคโควิด 19 สะท้อนถึงการใช้ชีวิตของทุกคนว่าอยู่บนความเสี่ยง เนื่องจากทุกคนมีโอกาสติดเชื้อได้ตลอดเวลา ดังนั้นควรมีการใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง และใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “การติดเชื้อโควิด เหมือนไข้หวัดธรรมดาไม่ยากให้กังวลมาก ก่อนหน้านี้อาจจะเป็นคนที่แบบระมัดระวังตัวเองอย่างดีแล้ว ก็มีวินัยในการระมัดระวังตัวเองอยากจะทำรักษาแบบการระมัดระวังตรงนั้นไว้เพราะว่าการไม่ติดเชื้อก็เป็นสิ่งที่ดีที่สุดอยู่แล้ว แต่ว่าถ้าวันหนึ่งมันติดขึ้นมา มันก็เหมือนเป็นโรคทั่วไปที่ทุกวันนี้นั้นก็แบบธรรมดา ชินกับทุกคนไปแล้ว ถ้าวันนั้นมันขึ้นมามันก็ไม่ใช่ว่าโรคที่น่ากลัวอะไร มันก็รักษาหายตามระยะเวลาของมัน แล้วก็ก็มีข้อดีข้อเสียของมันเองอยู่แล้ว สุดท้ายมันก็น่าเป็นโรคทุกวันนี้นั้นก็เหมือนเป็นโรคที่ติดมาแล้วครั้งหนึ่งมันมีโอกาสในที่แบบจะติดอีกครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 หรือว่าอะไรเงี้ย เพราะว่ามันมีโอกาสกลับมาติดเชื้อซ้ำได้ ถ้าคนที่ติดเชื้อแล้วอาจจะติดแล้วไม่เป็นหรอก”

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพการทำงานที่มีภาวะเสี่ยง พยาบาลสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ตนเองมีโอกาสสัมผัสจากเชื้อโรค ไม่ได้มีการป้องกันทุกขั้นตอนทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง และไม่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ทำให้เกิดการปนเปื้อนระหว่างการดูแลผู้ป่วยซึ่งนำไปสู่การติดเชื้อได้⁷ ซึ่งกิจกรรมที่ทำโดยตรงกับผู้ป่วยต้องเลือกให้ถูกว่าควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลใดบ้าง รวมทั้งต้องถอดให้ถูกวิธี⁸ นอกจากนี้พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อบางรายจะละเลยการสวม PPE โดยเฉพาะแว่นตาเมื่อต้องทำหัตถการระลอกสองอยู่กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19⁹ และพยาบาลอาจมีการละเลยการใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เมื่อผู้ป่วยไอทำให้ฝอยละอองขนาดเล็กฟุ้งกระจายระยะต่อมาพยาบาลจึงทราบผลการตรวจของผู้ป่วยที่ตนเองดูแลแล้วมีการติดเชื้อโควิด 19 ว่า ซึ่งหากไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลในการทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงส่งผลให้พยาบาลมีการติดเชื้อได้

2. เริ่มมีอาการ แจ้งหน่วยงานเข้าระบบการรักษาพยาบาลที่มีการติดเชื้อโควิด 19 เริ่มมีอาการนำที่คล้ายคลึงกันเหมือนกับการติดเชื้อไข้หวัด ได้แก่ เจ็บคอ มีไข้ หนาวสั่น ไอ มีน้ำมูก มีเสมหะ และปวดศีรษะ จึงดูแลตนเองตามอาการ คือ การรับประทานยาลดไข้ ยาแก้ปวด และบางรายได้ตรวจ ATK ผลการตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด จึงเข้าระบบการตรวจยืนยันการติดเชื้อตามระบบของโรงพยาบาล เมื่อพยาบาลทราบว่าตนเองติดเชื้อรู้สึกตกใจ เนื่องจากตนเองไม่มีอาการการนำ รวมทั้งกลัวว่าอาการของตนเองจะไม่ดี ตกใจ ไม่สบายใจ รู้สึกผิตจนกระทั่งเริ่มโทษตัวเอง¹¹ และเป็นทุกขังจนนอนไม่หลับ¹² อย่างไรก็ตามเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดในระลอกหลังซึ่งได้เข้าสู่โรคประจำถิ่น ความรุนแรงของเชื้อลดลง ทำให้พยาบาลที่ทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อรู้สึกดีขึ้น ไม่ได้รู้สึกตกใจ หรือกลัว นอกจากนี้พยาบาลบางรายเคยที่มีประสบการณ์การติดเชื้อมาก่อน เมื่อมีการติดเชื้อซ้ำเป็น ครั้งที่ 2 ตนเองรู้สึกเฉยๆ และอาการที่เป็นไม่ได้รุนแรง แต่กังวลว่าเชื้อ จะลงเข้าสู่ปอด จนทำให้สุขภาพของตนเองจะไม่เหมือนเดิม เมื่อพยาบาลมีการติดเชื้อโรคโควิด 19 จะต้องเข้ารับการรักษา ได้แก่ 1) หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) หรือ 2) การแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation)¹⁰ ซึ่งที่หากไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ให้รักษาที่หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) และควรได้รับการเอกซเรย์ปอดทุกราย¹³ ส่วนการแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation) สามารถรับยาได้ 2 รูปแบบ คือ 1) การส่ง

ยาทางไปรษณีย์ สอดคล้องกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ที่กล่าวว่า การจัดบริการผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด 19 แบบ Home isolation มีระบบการจัดส่งยาแบบ Logistic ภายใน 24 ชั่วโมง และ 2) การรับยาที่โรงพยาบาลต้องมีญาติ เพื่อน หรือบุคคลที่ใกล้ชิด เป็นผู้ดำเนินการรับยานำส่งยาที่ได้รับไปยังสถานที่ที่กักตัวให้แก่พยาบาล รวมทั้งกรณีที่อาการไม่รุนแรง ไม่มี ปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ สามารถให้การดูแลรักษาตามอาการ ส่วนมากหายได้เอง แพทย์จะพิจารณาให้ Favipiravir อย่างไรก็ตามผลการวิจัยยังพบว่าพยาบาลเกิดผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย อ่อนเพลีย และผมร่วง เป็นต้น

3. ความรู้สึกหลากหลายในช่วงเวลากักตัวและรับการรักษา พยาบาลได้สะท้อนความรู้สึกของตนเองในขณะที่กักตัวและต้องเข้ารับการรักษารู้สึกทั้งกลัวและกังวลใจว่าตนเองจะเป็นคนที่แพร่เชื้อให้บุคคลอื่นๆ ที่ใกล้ชิด และทำให้ติดเชื้อเหมือนกับตนเอง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าพยาบาลที่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ส่วนใหญ่ระบุว่าพวกเขากลัวการแพร่กระจายของโรคสู่ คู่สมรส ลูก และพ่อแม่¹⁶ อีกทั้งในช่วงที่ติดเชื้อพยาบาลรู้สึกเครียด กลัวและกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อของตนเองจนทำให้สุขภาพของตนเองไม่เหมือนเดิม จึงมีวิธีการจัดการความรู้สึกเครียด กลัวและกังวล โดยการฟังเพลง อ่านหนังสือ และนอนพักผ่อน ซึ่งวิธีการต่างๆ นั้นทำให้ความรู้สึกดังกล่าวลดลง นอกจากนี้พยาบาลยังมีความรู้สึกเกี่ยวกับการที่ต้องจำกัดพื้นที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ ในช่วงที่กักตัว อย่างไรก็ตามพยาบาลได้รับกำลังใจที่ดีจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา มีความสำคัญต่อพยาบาลที่ติดเชื้อ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามต่อชีวิตได้ ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์จะต้องจัดสรรหาเงินค่าตอบแทน และสวัสดิการอื่นๆ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน¹⁷

4. อาการที่หลงเหลืออยู่หลังการรักษา พยาบาลยังมีอาการที่หลงเหลืออยู่หลังการรักษา ซึ่งเรียกอีกอย่างว่า “ภาวะลองโควิด (Long COVID)” ได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย และหายใจไม่เต็มอิ่มยังคงเป็นอยู่ประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นอาการดังกล่าวก็หายไป อีกทั้งพบว่ามีอาการ ไอ มีน้ำมูก และเจ็บคอ ทำให้มีปัญหาการสื่อสารขณะปฏิบัติงาน ทั้งนี้

อธิบายได้ว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีอันตรายถึงชีวิต แม้รักษาหายแล้วก็อาจไม่เป็นปกติเหมือนเดิม ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีอาการหลังติดเชื้อ ในระยะยาวทั้งจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา

5. การทำงานของพยาบาลมีความเสี่ยงตลอดเวลาจากประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลที่ติดเชื้อโควิด 19 ทำให้พยาบาลได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง ระวังตัวตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ที่เหมาะสม สามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹² รวมทั้งต้องปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากร¹⁵ และสอดคล้องผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ระบุว่า เมื่อเริ่มกลับไปปฏิบัติงานหลังจากหายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พวกเขาเริ่มระวังมากขึ้นกว่าเดิม¹⁶ รวมทั้ง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การอบรมความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน และการประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

References

1. Thai PBS news. The day Thailand knew about COVID-19; 2020. (in Thai)
2. International Council of Nurses. New ICN report shows governments are failing to prioritize nurses as number of confirmed COVID-19 nurse deaths Experiences of Nurses Diagnosed with Covid-19 passes 1000; 2020.
3. KingKaew P, Pimsarn N, Hadnorntun P, Mahasirimongkol S, Sawaengdee W, Wichukchinda N, et al. A study to develop quarantine recommendations for health care workers who have been exposed to COVID-19; 2022. (in Thai)
5. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research for nurse. London: Blackwell Science, 1996.
6. Guba EG & Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA and London: Sage Publications; 1989.
7. Fan J, Jiang Y, Hu K, Chen X, Xu Q, Qi Y, et al. Barriers to using personal protective equipment by healthcare staff during the COVID-19 outbreak. in China. Medicine 2020; 99(48) :1-5.
8. Phichieansathien W. Personal Protective Equipment for COVID-19 by Health Care Workers. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2020; 7(1): 7-24. (in Thai)
9. Saadeh D, Sacre H, Hallit S, Farah R, Salameh P. Knowledge, attitudes, and practices toward the coronavirus disease 2019 (COVID-19) among nurses in Lebanon. Perspectives in Psychiatric Care. 2021; 57(1): 1212-21.
10. Department of medical services, Ministry of Public Health. Guidelines for operating a special ward (Hospital) for patients with mild symptoms of COVID-19 No comorbidities or significant comorbidities that are under control; 2020. (in Thai)
11. Du L, Liu Q, Chen Q, Wang X, Fang S, Chen P. When health care workers became patients with COVID-19: A qualitative study. International journal of nursing practice. 2021; 1-9.

12. He J, Liu L, Chen X, Qi B, Liu Y, Zhang Y, Qi B, Liu Y, Zhang Y, Bai J. The experiences of Nurses infected with COVID-19 in Wuhan, China: A qualitative study. *Journal of nursing management*. 2021; 29: 1180–8.
13. Prutipinyo C. Surveillance, prevention, and control measures of COVID-19 pandemic. *Public Health Policy & Laws Journal*. 2020; 6(2): 467-85.
14. Department of medical services, Ministry of Public Health. Clinical practice guidelines for diagnosis, treatment, and prevention of infection in hospitals, Patients infected with Coronavirus 2019. Department of medical services; 2020. (in Thai)
15. 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)
16. Ozan Y, Cicek O, & Topdemir E. Experiences of nurses diagnosed with COVID-19 Patients. *Journal and recovered: A qualitative research. Journal of nursing management*. 2022; 30(1): 4005–14.
17. Oumtanee A., Pornmesri A., Chintapanyakun T., Raimaturapong J. Nursing Management during the COVID-19 Pandemic at Samutprakarn Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(1): 249-58. (in Thai)

การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ

Citizens Decision to Undergo Colorectal cancer Screening. in The Area of
Responsibility Bang Pu Mai Subdistrict Health Promoting Hospital,
Samut Prakan Province

เสรี สังข์โชติ* มิ่งขวัญ ศิริโชติ

Seree Sungkachote* Mingkwan Sirichote

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240

Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 205 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญ .01

ผลการวิจัยพบว่า 1.) การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับสูง ($M = 4.10$, $SD = 0.46$) 2.) การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับสูง ($M = 3.86$, $SD = 0.55$) เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับสูง ($M = 3.71$, $SD = 0.58$) และ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระดับปานกลาง และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่าหน่วยงานในพื้นที่ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปจัดทำแผนเพิ่มพูนความรู้และหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ของประชาชนตามกลุ่มเป้าหมาย อายุ 50-70 ปี ต่อไป

คำสำคัญ : การตรวจคัดกรอง,การตัดสินใจ,มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

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

*นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(การบริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

วันที่รับ (received) 29 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 พ.ค. 2567

Abstract

This study is a descriptive research. The objective is to study the decision to undergo Colorectal cancer screening and to study factors related to the decision to undergo colon and rectal cancer screening. Sample group: 205 people The research tool is a questionnaire. The reliability value was 0.89 The data was analyzed using a ready-made computer program. Statistics used include frequency, percentage statistics, mean, standard deviation. and Pearson's correlation coefficient. at the significance level .01

The results showed that 1.) The decision to undergo colorectal cancer screening was high ($M = 4.10$, $SD = 0.46$), 2.) The perception of colorectal cancer was high ($M = 3.86$, $SD = 0.55$), the attitude about colorectal cancer was high ($M = 3.71$, $SD = 0.58$). There was a positive correlation with moderate, moderate colorectal cancer screening decisions and colorectal cancer attitudes. It was positively correlated with the decision to undergo moderate colorectal cancer screening. Statistically significant at the .01 level.

Therefore, local agencies should use the research results to create plans to increase knowledge and find ways to promote behavior. Screening tests to screen for colon and rectal cancer. of the people according to the target group aged 50-70 years can continue

Keywords : Screening, decision making, colorectal cancer

บทนำ

จากสถิติ พบว่าแต่ละปีประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่กว่า 140,000 คน หรือ ประมาณ 400 คน ต่อวัน โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี รองลงมาได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่/ทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ¹ ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ สาเหตุของโรคส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรค โดยเฉพาะพฤติกรรม การบริโภค เช่น การรับประทานอาหารในกลุ่มเนื้อแดงและเนื้อแปรรูปที่ปิ้งย่าง ไหม้เกรียม² อาหารที่มีไขมันสูง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน ตลอดจนการมีประวัติครอบครัวหรือตนเอง เป็นติ่งเนื้อในลำไส้ เป็นต้น³ โดยทั่วไปมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรกมักจะไม่แสดงอาการซึ่งจะพบอาการก็ต่อเมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย ส่งผลทำให้การรักษาได้ผลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร อาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ การถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ถ่ายไม่สุด ถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือด หรืออาจถ่ายเป็นเลือดสด ขนาดลำอุจจาระเล็กลง และมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืดเรื้อรัง⁴ แม้ว่าจะเป็นโรคที่หลายคนอาจรู้สึกกลัว แต่อย่างไรก็ตามมีข้อมูลว่า

ส่วนหนึ่งเราสามารถป้องกันการเกิดโรคได้จากการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดังที่กล่าวข้างต้น รวมถึงการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคซึ่งหากพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก จะส่งผลให้การรักษามีได้ผลดีและมีโอกาสหายจากโรคสูง

จังหวัดสมุทรปราการ มีประชาชนอายุ 50 – 70 ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) จำนวน 273,211 ราย ได้ดำเนินการคัดกรองแล้ว 19,299 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.06 พบมีผลผิดปกติ 598 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.10 อำเภอเมืองสมุทรปราการ ประชาชนอายุ 50–70 กลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) จำนวน 111,205 ราย ได้ดำเนินการ คัดกรองแล้ว 11,759 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.57 ส่วนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ ประชาชนอายุ 50–70 กลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) จำนวน 5,401 ราย ได้ดำเนินการคัดกรองแล้ว 419 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.75⁵ จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าเป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ อาจเนื่องจากประชาชนมีทัศนคติเชิงลบในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในหลายด้าน เช่น ความกลัว

อับอาย เมื่อเจ้าหน้าที่ต้องเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ
 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง “การตัดสินใจเข้ารับ
 การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน
 ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่
 จังหวัดสมุทรปราการ” เพื่อนำข้อมูลการตัดสินใจเข้ารับ
 การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมาวางแผน
 การปฏิบัติงานเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบาย
 สาธารณสุข ซึ่งหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้าน
 การส่งเสริมสุขภาพได้สร้างเสริมความรู้และพฤติกรรม
 ของประชาชน ให้ตระหนักเฝ้าระวังสุขภาพของตนเองและ
 ประสานกับสถานบริการในระดับต่าง ๆ เพื่อการวินิจฉัย ดูแล
 รักษา ส่งต่อ เป็นการพัฒนาบทบาทของประชาชนในการดูแล
 รับผิดชอบตนเองในขั้นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัด
สมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ
เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ

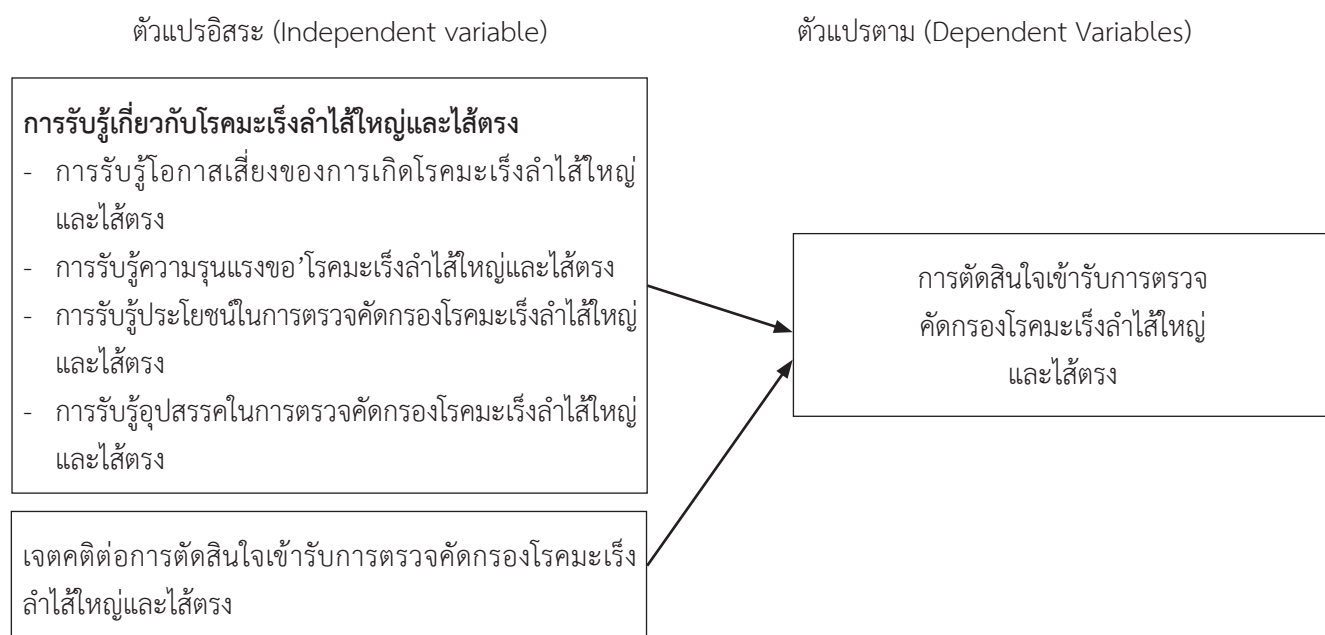
คำถามการวิจัย

1. การรับรู้และเจตคติที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับใด
2. การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับใด
3. ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติ
กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และไส้ตรงอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์
 กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 และไส้ตรง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อ
 ด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)^{6,7} ซึ่งกล่าวถึง
 ปัจจัย 3 ด้าน คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
 ไส้ตรง เจตคติต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง
 ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁸ และการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง
 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁹

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็น ประชาชนกลุ่ม อายุ 50 - 70 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 205 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มอายุ 50 - 70 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 5,401 คน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกหมู่บ้านเป็นตัวแทนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 1 หมู่บ้าน จาก 4 หมู่บ้านโดยการสุ่มแบบง่ายได้ หมู่ 10 ตำบลบางปูใหม่ มีประชาชน จำนวน 437 คน และใช้ตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ เครซี่ และมอร์แกน¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 205 คน¹¹ ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า 1) ประชาชนในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ อายุ 50-70 ปี 2) มีความยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 3) สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้ กรณีไม่สามารถ อ่านออก เขียนได้ สามารถให้ญาติของผู้ป่วยเป็นผู้สื่อสารเพื่อตอบแบบสอบถาม และ เกณฑ์คัดออก 1) ขาดคุณสมบัติเก็บข้อมูลการวิจัย 2.ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนขณะเก็บข้อมูล 3. ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องในการสื่อสาร เช่น ตาบอด, หูตึงมาก เป็นต้น

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคคลในครอบครัว ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีลักษณะเป็น

มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนที่ 4 การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยแบบสอบถามหาค่าความเที่ยงตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.67-1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่มี อายุ 50-70 ปี ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ส่วนที่1 ลักษณะส่วนบุคคล เท่ากับ 0.77 ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เท่ากับ 0.76 ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เท่ากับ 0.84 และส่วนที่ 4 การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เท่ากับ 0.78 ทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยให้ทำแบบสอบถามไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-สกุล และข้อมูลอื่น ๆ โดยจะรักษาข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนจะทำการเก็บข้อมูล และการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดยะลา เลขที่ 2566/239 อนุมัติวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ ผู้นำชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการและนัดหมายวันเวลาเตรียมความพร้อมทีมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการเก็บข้อมูลและทำความเข้าใจต่อข้อคำถามต่าง ๆ ในแบบสอบถาม พบกลุ่มตัวอย่างในชุมชนตามวันเวลาที่ได้นัดหมายกับผู้นำชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับกลับมา ตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา¹² ได้แก่ ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนด

ระดับความเชื่อมั่น 99 เปอร์เซนต์และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์(Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้ ค่า r ดังนี้ 0.01-0.20 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก 0.21-0.40 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ 0.41-0.60 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 0.61-0.80 มีความสัมพันธ์ระดับสูง และมากกว่า 0.80 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก¹³

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นประชากร กลุ่มอายุ 50-70 ปี พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 205 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 120 คน เพศชาย จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 58.50 และ 41.50 มีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 50.7 มีสถานภาพสมรส จำนวน 143 คนคิดเป็นร้อยละ69.8 มีอาชีพ รับจ้าง จำนวน 75 คน คิดเป็น ร้อยละ 36.6 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 48.30 มี และ ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคคลในครอบครัว จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 89.30

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการตัดสินใจเข้ารับการตรวจ คัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ โดยรวมและเป็นรายข้อ (n = 205)

ด้านการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	M	SD	แปลผล
1. ท่านมีญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	4.42	0.87	มาก
2. เพื่อนบ้านท่านเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	3.45	1.31	ปานกลาง
3. เพื่อนสนิทของท่านได้รับความเจ็บปวดและทรมานจากการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	3.59	1.35	ปานกลาง
4. บุคคลในครอบครัวของท่านกระตุ้นและแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	4.02	1.06	มาก
5. ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	4.01	1.03	มาก
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลและคำแนะนำในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างชัดเจน	4.43	0.76	มาก

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการตัดสินใจเข้ารับการตรวจ คัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ โดยรวมและเป็นรายข้อ
(n = 205) (ต่อ)

ด้านการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	M	SD	แปลผล
7. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและ ความรุนแรงของโรคจาก สื่อโทรทัศน์/วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์/โซเชียลมีเดีย	3.82	1.02	มาก
8. การได้รับคำแนะนำและเชิญชวนจาก อสม. ให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	4.48	0.82	มาก
9. การได้รับของที่ระลึกเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง	2.84	1.35	ปานกลาง
10. มีขั้นตอนในการเข้ารับตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่สะดวก และรวดเร็ว	4.25	1.01	มาก
11. สถานที่ตรวจคัดกรองอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีความคุ้นเคยดี	4.43	0.81	มาก
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีมาตรฐานการตรวจและเครื่องมือครบ	4.35	0.88	มาก
13. การเดินทางจากบ้านถึงสถานที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงสะดวก	4.28	0.87	มาก
14. มีการประชาสัมพันธ์การคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงจากหน่วยงานสาธารณสุข	4.48	0.75	มาก
15. ท่านเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย	4.38	1.03	มาก
16. ประชาชนอายุ 50 – 70 ปี ควรเข้ารับตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	4.64	0.65	มาก
17. สามารถนำอุปกรณ์มาเก็บตัวอย่างอุจจาระที่บ้านแล้วค่อยนำไป ให้เจ้าหน้าที่ตรวจวิเคราะห์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้	4.55	0.75	มาก
18. มีเลือดสดหรือเลือดสีแดงเข้มปนมากับอุจจาระ	4.26	1.10	มาก
19. มีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก อุจจาระแข็งและเหลวสลับกัน	3.66	0.98	ปานกลาง
20. มีอาการชืด อ่อนเพลีย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ	3.82	1.10	มาก
รวม	4.10	0.46	มาก

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ด้านการตัดสินใจ ตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ โดยภาพรวมอยู่ใน
เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระดับสูง (M = 4.10,SD = 0.46)
ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ (n = 205)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	M	SD	แปลผล
1. หากท่านมีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก มีอุจจาระแข็งและเหลวสลับกันบ่อยครั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	3.86	1.06	มาก
2. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	3.99	0.87	มาก
3. การมีภาวะน้ำหนักเกิน การออกกำลังกายมากหรือน้อยเกินไปการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	3.81	0.88	มาก
4. สาเหตุหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนอกจากกรรมพันธุ์แล้วพฤติกรรมการกินอาหารจำพวกเนื้อสัตว์เป็นประจำเป็นการเสี่ยงต่อการเกิดโรค	4.06	0.94	มาก
5. บุคคลที่มีอายุมากกว่า 40 ปีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	3.72	1.07	มาก
รวม	3.88	0.69	มาก

จากตาราง 2 พบว่าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.88, SD = 0.69)

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ (n = 205)

การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	M	SD	แปลผล
1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอาจไม่แสดงอาการผิดปกติหรืออาจพบเพียงอาการคล้ายโรคลำไส้ทั่วไป ซึ่งอาจเป็นอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะลุกลามแล้ว	3.87	0.93	มาก
2. การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออกไป	4.00	0.94	มาก
3. การผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องทำทวารเทียมเอาปลายลำไส้ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเป็นทางให้อุจจาระออก	3.94	1.11	มาก
4. รังสีรักษา เป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัด อาจฉายรังสีก่อนหรือหลังการผ่าตัด	3.93	1.19	มาก
5. การใช้ยาเคมีบำบัดไม่จำเป็นต้องให้ในผู้ป่วยทุกราย โดยแพทย์จะพิจารณา เป็นรายๆ	4.06	1.09	มาก
รวม	3.96	0.85	มาก

จากตาราง 3 พบว่ามีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง
(M = 3.96, SD = 0.85)

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของ
ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ โดยรวมและเป็นรายข้อ (n = 205)

การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	M	SD	แปลผล
1. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นการป้องกัน การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามหรือระยะรุนแรง	4.44	0.85	มาก
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงช่วยให้ตรวจพบ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรกได้	4.55	0.73	มาก
3. การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นประจำทุกปี ถือเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง	4.67	0.67	มาก
4. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประชาชนอายุ 50-70 ปี เป็นสิทธิประโยชน์ของคนไทย โดยบริการตรวจคัดกรองฟรีในสถานบริการของรัฐ	4.67	0.67	มาก
5. การรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเร็ว รักษาได้ทันช่วงที่โอกาสรอดชีวิตก็ยิ่งสูงขึ้น	4.46	0.80	มาก
รวม	4.55	0.60	มาก

จากตาราง 4 พบว่าระดับการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง
(M = 4.55, SD = 0.60)

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ (n = 205)

การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	M	SD	แปลผล
1. ท่านรู้สึกว่าการเก็บตัวอย่างอุจจาระเป็นเรื่องน่าอายและสกปรก	2.98	1.52	ปานกลาง
2. ท่านไม่อยากจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงกับเจ้าหน้าที่ที่รู้จักและคุ้นเคย	3.01	1.31	ปานกลาง
3. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ท่านรู้สึกว่า มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและใช้เวลานานทั้งวัน	2.67	1.26	ปานกลาง
4. ท่านเกิดความวิตกกังวลต่อผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	3.38	1.21	มาก
5. ท่านไม่สามารถเก็บตัวอย่างอุจจาระได้ในช่วงเวลาที่นัดหมาย	3.17	1.26	ปานกลาง
รวม	3.04	1.00	มาก
รวมด้านการรับรู้	3.86	0.55	มาก

จากตาราง 5 พบว่าระดับการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.04$, $S D = 1.00$) และผลรวมด้านการรับรู้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.86$, $SD = 0.55$)

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ ($n = 205$)

ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	M	SD	แปลผล
1. การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่นำมา ปิ้ง ย่าง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูง	4.60	0.69	มาก
2. การรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ เป็นประจำทำให้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงลดลง	4.00	1.13	มาก
3. ไม่ว่าท่านจะดูแลสุขภาพดีอย่างไร ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้	3.72	1.05	มาก
4. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	3.33	1.22	ปานกลาง
5. เมื่อเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง	3.66	1.02	ปานกลาง
6. การป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำให้ความสามารถในการทำงานของท่านลดลง	4.12	0.92	มาก
7. การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทำให้ท่านทราบความเสี่ยงในการเกิดโรค	4.51	0.74	มาก
8. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำเป็นต้องควบคุมอาหาร	4.06	0.99	มาก
9. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์, พยาบาล, สาธารณสุข) เป็นเรื่องที่ยุ่งยากและน่าเบื่อ	2.79	1.46	ปานกลาง
10. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามสภาพร่างกายที่เอื้ออำนวย	3.54	1.00	ปานกลาง
11. การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย ผัก และผลไม้ทำให้เป็นภาระกับครอบครัว	2.98	1.37	ปานกลาง
12. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	4.00	2.64	1.06
13. การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำให้ท่านเสียเวลา	1.39	มาก	ปานกลาง
รวม	3.71	0.58	มาก

จากตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.71$, $SD = 0.58$)

ตาราง 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ และเจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ (n = 205)

ตัวแปร	การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	0.519**	<0.001	ปานกลาง
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.350**	<0.001	ต่ำ
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.468**	<0.001	ปานกลาง
- ด้านการรับรู้ประโยชน์การคัดกรองโรค	0.372**	<0.001	ต่ำ
- ด้านการรับรู้อุปสรรค	0.283**	<0.001	ต่ำ
เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	0.440**	<0.001	ปานกลาง

*p< .01

จากตาราง 7 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ที่ระดับ $p<.01$ ($r = 519^{**}$) และ ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.01$ ($r = 440^{**}$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สอดคล้องกับสมมติฐานโดยมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันโรคที่ว่าความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการวิเคราะห์ ยกตัวอย่างหรือชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่จริงกับโอกาสในการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพมีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค โดยเน้นให้เห็นถึงผลที่ตามมาจากพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ๆ¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของผู้สูงอายุ ตำบลบ่อน้ำร้อน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง¹⁵ และ

พบว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจมะเร็งเต้านมการรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งเต้านม และแรงจูงใจในการตรวจมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในจังหวัดกรุงเทพมหานคร¹⁶ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานโดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง เจตคติ เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของแต่ละบุคคล อันเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ แล้วก็จะกระตุ้นให้มีพฤติกรรมไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งอาจเป็นทางบวกทางลบก็ได้ สามารถวัดได้โดยตรงจากเครื่องมือวัดได้ และวัดได้ตามลักษณะขององค์ประกอบนั้นๆ¹⁷ เจตคติแบ่งออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) องค์ประกอบทางด้านความรู้ความคิด (2) องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (3) องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับสูง¹⁸

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน อยู่ในระดับสูง โดยภาพรวมมีการตัดสินใจที่คำนึงถึงช่วงอายุควรเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างการเดินทาง ระยะเวลาในการตรวจและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทั้งด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จึงควรส่งเสริมประชาสัมพันธ์ ให้มากยิ่งขึ้น

3. เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนจากสภาพความรู้สึทางด้านจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคล อันเป็นผลทำให้เกิดมีท่าทีหรือมีความคิดเห็นรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่ง จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ของประชาชน ตามกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
2. ควรศึกษาเชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

References

1. National Cancer Institute. Colorectal cancer. Thailand :NationalCancer Institute; 2023.
2. Department of Medical Services Ministry of Public Health. Colon and rectal cancer.Thailand ; 2022.
3. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University .Colon cancer. Mahidol University ; 2023. (in Thai)
4. Siriraj Piya Maharajkaroon Hospital. Colon cancer. Know it It can be prevented Mahidol University; 2023. (in Thai)
5. Medical and health data warehouse system Samut Prakan Province. Results of screening for colorectal cancer using the FIT test 2023. Samutprakarn Provincial Health Office ; 2023. (in Thai)
6. Petcharaphum C. Health belief model. Piyawatana Co., Ltd. ; 2023.
7. Khamha C, Sarakarn P.Multilevel structural equation model based on health belief pattern on intention to participate in cancer screening. Colon and rectum of people aged 45-74 years, Nam Phong District, Khon Kaen Province. Khon Kaen University Research Journal (Graduate Studies Edition), 20(2), 33-46. (in Thai)
8. Thammasat University. Concept of attitude. Thammasat University; 2023. (in Thai)
9. Phutachot N.Organizational behavior. 5nd ed. Bangkok : Chulalongkorn University Printing House;2019. (in Thai)
10. Krejcie RV. and Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970:30(3) : 607-10.
11. Regional Health Promotion Center 11. Calculate sample size. Krejcie&Morgan. Regional Health Promotion Center 11 Ministry of Public Health ; 2022. (in Thai)
12. Wongratana C.Techniques for using statistics for research. 2nd printing.Nonthaburi: Tai Neramitkit Inter Progressive. ; 2010 (in Thai)
13. Wiersma W & Jurs SG. Research Methods in Education. 9nd ed. Boston : Allyn-Bacon; 2019

14. Powwattana A, Kalampakorn S,Lagampan S, Rawiworrakul T. Health promotion and disease prevention in community: An application of concepts and theories to practice. Bangkok: m n compute offset;2018.(in Thai)
15. Suwimolrat R, Sopapan N, Watcharapon T, Wanpen S, Torranin K, Ananya L,Pitoon V. Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease among Elderly Risk Group of Tertiary Hospital.Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(3):176-86. (in Thai)
16. Sathorn B. Factors affecting the decision to undergo cancer screening. Breast of the female population In Bangkok province ; 2019 (in Thai)
17. Uthai U.Students’ attitudes towards teaching behavior. of teachers of Ramkhamhaeng University Demonstration School. Graduate School, Ramkhamhaeng University; 2012 (in Thai)
18. Kitiwipat L. Attitudes and opinions : PC 264. Bangkok : Ramkhamhaeng University; 2011. (in Thai)

การเสริมสร้างเจตคตินักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน

The Enhancement of Attitudes among High School Students in Caring for the Elderly at Home in Pathumthani Province

ภารณี เทพส่องแสง¹ อุษณีย์ เทพวรชัย^{*2} รัชณี หาญสมสกุล²

Paranee Thapongsang¹ Utsanee Tepvorachai^{*2} Rachanee Harnsomskul²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมทราร์ธย์ จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 12160

¹School of Nursing, Metrarath University, Pathumthani, Thailand, 12160

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 12000

²Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathumthani, Thailand, 12000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีต่อผู้สูงอายุ ศึกษาเปรียบเทียบเจตคติของนักเรียน ระหว่างกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุในบ้านกับไม่มี และศึกษาเปรียบเทียบเจตคติของนักเรียนก่อนและหลังทำกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างเจตคติ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 364 คน คำนวณหาขนาดโดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane) และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Stratified random sampling เครื่องมือวิจัยชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามเจตคติต่อผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.87 มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 เป็นโปรแกรมเสริมสร้างเจตคติ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.82 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Paired-Samples T-Test และ Independent-Samples T-Test

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีเจตคติดีต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ในภาพรวมนักเรียนกลุ่มที่มีผู้สูงอายุในบ้าน และกลุ่มที่ไม่มีผู้สูงอายุในบ้าน มีเจตคติต่อผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน และพบว่าเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักเรียนก่อนทำกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติกับภายหลังทำกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยหลังทำกิจกรรมมีเจตคติสูงกว่า

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, เจตคติต่อผู้สูงอายุ, การเสริมสร้างเจตคติ

Abstract

This quasi-experimental research purposed to study the attitudes of high school students towards elderly, to compare the attitudes between groups with elderly in their home and without elderly and compare the attitudes of students before and after participating in the attitude-building program. The sample size is 364, calculated using Yamane's formula, and the sample was randomly selected using the Stratified random sampling method. Research Instrument Set 1 is a questionnaire on attitudes towards older adults. It has a consistency index of 0.87 and a reliability coefficient of 0.84. Research Instrument Set 2 is a program to promote positive attitudes. It has a consistency index of 0.82. The statistical methods used to analyze the data are Percentages, Mean, Standard deviation, Paired-Samples T-Test and Independent-Samples T-Test

Corresponding Author : *E-mail : utsanee@yahoo.com

วันที่รับ (received) 17 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 มี.ค. 2567 วันที่ตอบกลับ (accept) 24 มี.ค. 2567

The results of the study showed that most students had a high level of positive attitudes towards the elderly. There were no significant difference in attitudes towards the elderly between the students who had the elderly living at home and those who did not. There was a significant difference in students' attitudes towards the elderly before and after the attitudes-building activity ($p < 0.5$), with students having more positive attitudes after the activity.

Keyword: elderly, attitudes toward elderly, attitudes enhancement

บทนำ

ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2565 ประเทศไทยเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ย ถึงร้อยละ 7 ต่อปี และจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด¹ เกิดผลกระทบอย่างน้อย 3 ด้าน คือ ด้านสิ่งที่สร้างขึ้นเพื่อใช้งานกับประชากรจำนวนมาก เช่น สถานศึกษา ภาคอุตสาหกรรม จะเริ่มอยู่ในภาวะสูญเปล่า ด้านครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น และด้านสังคมที่จะเปลี่ยนไปในลักษณะจะถูกผลักให้ออกห่างจากกันมากขึ้น นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดปัญหาระยะยาว เช่น การขาดแคลนแรงงานอีกด้วย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทุกด้าน วิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุก็เปลี่ยนไป การมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง จึงมีผู้สูงอายุจำนวนมากเกิดความรู้สึกไม่ดีกับตัวเอง มองคุณค่าของตนเองต่ำลง รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเกิดขึ้นทุกระบบ² ผู้สูงอายุต้องการคนดูแล ต้องการได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน ต้องการรับความรู้ในการดูแลสุขภาพ และได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน³ ต้องการการดูแลสุขภาพอนามัย ต้องการมีเวลาพักผ่อน ต้องการมั่นคงด้านเศรษฐกิจและต้องการด้านศาสนาและธรรมะ⁴ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ 1 คน อาจจะมีปัญหามากกว่า 1 ด้าน ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล จึงจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ หากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะส่งผลต่อการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านปัญหา

สุขภาพลงด้วย

ในอดีต สภาพของครอบครัวสังคมไทยเป็นครอบครัวขยาย มีคนหลายวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน มีค่านิยมที่ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุในบ้าน คนส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก เข้าสู่สังคมระบบดิจิทัล ระบบครอบครัวเปลี่ยนเป็นสังคมเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสอยู่ด้วยกันน้อยลง คนในครอบครัวทำงานนอกบ้านมากขึ้น มีการทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่ตามลำพัง จึงมีการละเลยคุณค่าของผู้สูงอายุ มีการศึกษาทัศนคติของประชากรกลุ่มต่าง ๆ วัยต่าง ๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุ ทั้งในสังคมตะวันตกและสังคมตะวันออก พบว่ามีแนวโน้มการมองผู้สูงอายุในเชิงลบ การไม่เคารพผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น มีการแสดงออกไม่สนใจปัญหาผู้สูงอายุ ละเลย หรือทำร้ายตลอดจนมีอคติ และพบทัศนคติเชิงลบของนักศึกษาที่เป็นลักษณะ Agism ซึ่งเป็นการลดคุณค่าของผู้สูงอายุ⁵

แต่เมื่อพิจารณาสภาพสังคมในอนาคต เป็นไปได้ว่า ผู้มีอายุประมาณ 20 ปีในปัจจุบัน จะเป็นคนกลุ่มใหญ่ที่สำคัญที่จะต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุเหล่านี้ ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุ ถ้าหากบุตรหลานผู้ดูแลมีเจตคติที่ดี มีความรู้ และเข้าใจต่อสภาพความเป็นผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้สูงอายุจะรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข ครอบครัวก็ย่อมมีความสุขไปด้วย สิ่ง queทุกคนคาดหวังให้เกิดต่อผู้สูงอายุ คือ การมีเจตคติในทางที่ดีต่อผู้สูงอายุ⁶

เจตคติ คือความรู้สึก ความเชื่อ และแนวโน้มของพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งของ หรือความคิดใดก็ตาม ในลักษณะของการประเมินค่า คาร์ล ฮอฟแลนด์ (Carl Hovland) นักจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยเยล (Yale university) เชื่อว่าองค์ประกอบของเจตคติด้านความรู้สึก (Affective Component) สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยความคิดหรือความเชื่อ (Cognitive Component) ของบุคคลที่

เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น การเรียนรู้ข้อมูลใหม่โดยผ่านการสื่อสารที่จิตใจหรือโน้มน้าวจิตใจ ก็จะเปลี่ยนความเชื่อได้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะให้ข้อมูลที่สนับสนุนให้เกิดความเชื่อที่เหมาะสม ในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือการใส่ใจ (Attention) ความเข้าใจ (Comprehension) การยอมรับ (Acceptance) และความคงอยู่ในการจดจำข่าวสารนั้น (Retention) ดังนั้น หากบุคคลใดมีความเชื่อว่า บุคคลหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดดี หรือรู้สึกว่ารักหรือชอบพอในบุคคลหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใด ก็มักมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งนั้นด้วย และมีความโน้มเอียงที่จะแสดงออกต่อบุคคลหรือสิ่งนั้นในทางที่ดี ในทางตรงข้าม หากบุคคลใดเชื่อว่าบุคคลหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดไม่ดี หรือมีความรู้สึกไม่ชอบพอ ก็มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งนั้น และมักแสดงออกต่อบุคคลหรือสิ่งนั้นในทางที่ไม่ดีด้วยเช่นกัน⁵ สรุปได้ว่า เจตคติของบุคคลที่มีต่อเรื่องใด ก็สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้น ๆ ได้ เพราะเนื่องจากโดยปกติคนเรามักแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่สอดคล้องกับเจตคติที่มีอยู่ ครอบครัวก็เช่นเดียวกัน ครอบครัวต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ และมีเจตคติที่เหมาะสมต่อความสูงวัยเสียก่อน จึงจะทำให้การดูแลและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุมีคุณค่าอย่างแท้จริง⁷

จากความคาดหวังว่าเด็กกลุ่มหลานในปัจจุบัน จะเป็นกลุ่มคนที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งสามารถจะดูแลได้ดีถ้ามีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และจากแนวคิดที่ว่าเจตคติสร้างได้ จึงควรจำเป็นที่จะต้องสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุให้เด็กกลุ่มหลาน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ซึ่งเป็นบุคคลระดับหลานในบ้าน อีกทั้งนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 เป็นชั้นปีที่ไม่ถูกกดดันด้านการเรียน เด็กกลุ่มนี้จึงมีความเหมาะสมที่สุดต่อการศึกษาวิจัยนี้ ซึ่งคาดว่าเจตคติของเด็กกลุ่มนี้จะเป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงทิศทางหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

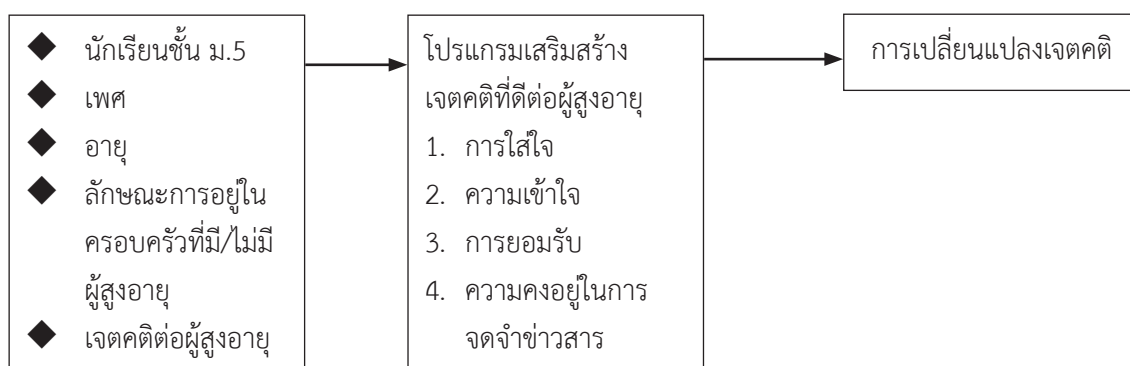
1. เพื่อศึกษาเจตคติของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีต่อผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ระหว่างกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุในบ้าน กับกลุ่มที่ครอบครัวไม่มีผู้สูงอายุในบ้าน
3. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติของนักเรียนก่อนและหลังทำกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติ

สมมติฐานการวิจัย

1. นักเรียนกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุในบ้าน มีเจตคติสูงกว่านักเรียนกลุ่มที่ครอบครัวไม่มีผู้สูงอายุ
2. เจตคติของต่อผู้สูงอายุของนักเรียนภายหลังทำกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติ สูงขึ้นกว่าก่อนทำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากสภาพการณ์ปัจจุบันที่พบแนวโน้มว่าคนทุกกลุ่มทุกวัย มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุลดลง และมองว่าเด็กกลุ่มหลานในปัจจุบัน เป็นกลุ่มที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในอนาคต จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุในบุตรหลานเหล่านั้น และจากแนวคิดของ คาร์ล ฮอฟแลนด์ (Carl Hovland) เชื่อว่าเจตคติ สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยความคิดหรือความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น การได้มีการเรียนรู้ข้อมูลใหม่โดยผ่านการสื่อสารที่จิตใจหรือโน้มน้าวจิตใจ ก็อาจจะเปลี่ยนความเชื่อได้ ซึ่งหลักการในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือการใส่ใจ (Attention) ความเข้าใจ (Comprehension) การยอมรับ (Acceptance) และความคงอยู่ในการจดจำข่าวสาร (Retention) นำมาสู่กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) **ประชากรที่ศึกษา** คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนในเขตจังหวัดปทุมธานี ทุกอำเภอ คือ 7 อำเภอ จำนวน 22 แห่ง **ประชากรเป้าหมาย** คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนในเขตจังหวัดปทุมธานี ทุกอำเภอๆ ละ 1 แห่ง จำนวน 7 แห่ง มีจำนวนรวม 2,455 คน และ**กลุ่มตัวอย่าง** คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนในเขตจังหวัดปทุมธานี ทุกอำเภอ ๆ ละ 1 แห่ง จำนวน 7 แห่ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane) ได้จำนวน 364 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Stratified random sampling มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี แล้ว
2. ผู้วิจัยมีหนังสือขอความร่วมมือต่อผู้อำนวยการโรงเรียนต่าง ๆ ที่อยู่ในขอบเขตการวิจัย ต่อจากนั้นนำเครื่องมือวิจัยชุดที่ 1 ซึ่งเป็นแบบสอบถาม วางบน Google form ระบุ

วัตถุประสงค์และกำหนดเวลาให้ตอบ แล้วติดตามการตอบกลับ ถ้าพบว่านักเรียนในโรงเรียนใดยังตอบไม่ครบ จะมีหนังสือแจ้งขอความร่วมมือเพิ่มเติมไปที่โรงเรียนอีกครั้งหนึ่ง

3. ผู้วิจัยได้รับคำตอบคืน 364 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์พิจารณาหาโรงเรียนที่มีเจตคติต่อผู้สูงอายุในระดับน้อยที่สุด

4. ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงเรียนที่นักเรียนมีเจตคติต่อผู้สูงอายุระดับน้อยที่สุด เพื่อขออนุญาตเข้าพบนักเรียนผู้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เลือกเฉพาะผู้ที่ตอบแบบสอบถามทาง Google Form กำหนดจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ต้องเป็นกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามทาง Google Form และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

5. ทำกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างเจตคติ โดยทำกิจกรรม 6 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ดังนี้

กิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างเจตคติ

การดำเนินกิจกรรม ทำ 6 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	หมายเหตุ
ครั้งที่ 1 วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจกันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัย 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง รู้วัตถุประสงค์ และรายละเอียดต่างๆของกิจกรรม 3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความรู้สึกที่ดี ยอมรับในตัวผู้สูงอายุ	1. Pretest ด้วยแบบสอบถามเจตคติต่อผู้สูงอายุ 2. การสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการ - ให้ข้อมูลในเรื่อง : เวลาที่ใช้ บทบาทในการเข้ากลุ่ม โดยมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ทั้ง Verbal language และ Non-Verbal language - ให้กลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเองโดยบอก ชื่อ-นามสกุล ภูมิลำเนา ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น อายุ เพศ กิจกรรมประจำวัน 3. การฉายวีดิทัศน์ เรื่องที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของคนจากเด็กไปสู่ความสูงวัย, คุณค่าผู้สูงอายุ 4. ให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน 5. ผู้วิจัยตอบสนองต่อทุกเรื่องราวที่กลุ่มตัวอย่างเล่า เสริมความคิด 6. กล่าวชมเชย และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง	หลักการสำคัญในการทำกิจกรรม คือ มีการบูรณาการกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน ลงในทุกๆกิจกรรม ได้แก่ 1.ให้การใส่ใจ(Attention) 2.สร้างความเข้าใจ(Comprehension) 3.แสดงการยอมรับ (Acceptance) 4.กระตุ้นให้เกิดความจดจำข่าวสารและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง (Retention)

กิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างเจตคติ
การดำเนินกิจกรรม ทำ 6 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	หมายเหตุ
ครั้งที่ 2-3-4-5 วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่อง การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ทั้งด้าน ร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรมที่เป็น ปัญหา 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง แลกเปลี่ยน ประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรมและสิ่งที่เป็นปัญหา	1. มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม สิ่งที่น่าสนใจ ประทับใจ และกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุในบ้านให้เพื่อนๆในกลุ่มฟัง 2. ฉายวีดิทัศน์ เรื่องครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความกตัญญู ความผูกพัน คุณค่าของผู้สูงอายุ และความเอื้ออาทร และชีวิตผู้สูงวัยในมิติต่างๆ ครั้งละ 1 เรื่อง 3. ให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อารมณ์และ พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง 4. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 5. ชี้ประเด็นปัญหาในผู้สูงอายุและการดูแลอย่างมีเหตุผล 6. กล่าวชมเชย และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง	หลักการสำคัญในการทำกิจกรรม (ต่อ)
ครั้งที่ 6 วัตถุประสงค์ 1. เพื่อเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างเกิด ความรู้สึกยอมรับกับผู้สูงอายุ 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอแนวคิด ในการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน 3. เพื่อสรุปแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ	1. ให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอแนวคิด สรุปเรื่องราวประเด็นต่างๆ และเปิดโอกาสให้นักเรียนได้ซักถามข้อสงสัย หรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม 2. ผู้วิจัยเสริมสร้างความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่บ้าน และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง ในการพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันต่อไป 3. ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวและประเด็นที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม กิจกรรมครั้งนี้ และปิดกิจกรรมด้วยกิจกรรมที่ให้ความรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจและรักผู้สูงอายุ 4. Posttest	หลักการสำคัญในการทำกิจกรรม (ต่อ)

เครื่องมือวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัย มี 2 ชุด คือเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และโปรแกรมเสริมสร้างเจตคติ

1. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม เจตคติต่อผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมา⁸ ลักษณะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ มีทั้ง ข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ข้อความทางบวกให้ค่าคะแนน จากตอบแบบสอบถามที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็น 5 คะแนน และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็น 1 คะแนน สำหรับข้อความเชิงลบมีการ ปรับทิศทางการให้ค่าคะแนน จากตอบแบบสอบถามที่ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่งเป็น 5 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่งเป็น 1 คะแนน นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบมีค่า ดัชนีความสอดคล้อง 0.87 แล้วไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มี คุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

2. โปรแกรมเสริมสร้างเจตคติ ประกอบด้วยกิจกรรม การจัดอบรมแก่กลุ่มตัวอย่าง สอดแทรกขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือการใส่ใจ ความเข้าใจ การยอมรับ และความคงอยู่ในการ จดจำข่าวสาร เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.82

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี ให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2565 /004 ลงวันที่ 17 มกราคม 2565 และผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงต่อผู้อำนวยการโรงเรียนที่อยู่ใน ขอบเขตการวิจัย ถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย การเก็บ รวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ ความเสี่ยงต่างๆ และในการเข้า

ร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ นักเรียนมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตามต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลการตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ในการนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น และเอกสารจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูล 2 ชุด

2.1 เปรียบเทียบเจตคติของนักเรียนระหว่างกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุในบ้าน กับกลุ่มที่ครอบครัวไม่มีผู้สูงอายุในบ้าน ด้วยวิธี Independent-Samples T-Test

2.2 เปรียบเทียบเจตคติของนักเรียนก่อนและหลังทำกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติ ด้วยวิธี Paired-Samples T-Test

ผลการวิจัย พบว่า

1. นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 16-18 ปี อยู่ในครอบครัวที่มีพร้อมทั้งพ่อและแม่ คิดเป็นร้อยละ 65.38 อยู่ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย คิดเป็นร้อยละ 49.73 อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 50.27 และนักเรียนส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.22 มีเจตคติดีต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก

2. นักเรียนทั้งกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน และกลุ่มที่ไม่มี เมื่อพิจารณาในภาพรวมมีเจตคติต่อผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในเรื่องต่อไปนี้

2.1 นักเรียนกลุ่มที่มีผู้สูงอายุในบ้าน มีเจตคติน้อยกว่านักเรียนกลุ่มที่ไม่มีผู้สูงอายุในบ้าน เรื่องการรู้สึกสงสารผู้สูงอายุที่เหงา ว่าเหงาและไม่มีคนพูดคุยด้วย และเรื่องการรู้สึกสงสารเมื่อเห็นผู้สูงอายุทำงานหนัก

2.2 นักเรียนกลุ่มที่มีผู้สูงอายุในบ้าน มีเจตคตินอกกว่านักเรียนกลุ่มที่ไม่มีผู้สูงอายุในบ้าน เรื่องการที่มีการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ ว่าเป็นการไม่ยุติธรรมต่อบุคคลวัยอื่นและเรื่องที่ยุ่สูงอายุควรไปอยู่บ้านพักคนชรา

3. เจตคติต่อผู้สูงอายุของนักเรียนก่อนทำกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติ กับภายหลังทำกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 โดยหลังทำกิจกรรมมีเจตคติสูงกว่า

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ข้อ 1 พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 16-18 ปี อยู่ในครอบครัวที่มีพร้อมทั้งพ่อและแม่ คิดเป็นร้อยละ 65.38 อยู่ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย คิดเป็นร้อยละ 49.73 อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 50.27 และในภาพรวม นักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.22) มีเจตคติดีต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ซึ่งลักษณะครอบครัวที่มีทั้งพ่อแม่ปู่ย่าตายายและลูกอยู่ด้วยกันนี้ เรียกว่าครอบครัว 3 วัย เด็ก ๆ จะมีความรู้สึกรักผูกพันกับผู้สูงอายุที่เคยอยู่ร่วมกันและดูแลกันมา เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ มาก ซึ่งความคิดเห็นและเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุนี้ ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติและการแสดงออกต่อผู้สูงอายุด้วย⁶ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า ประชากรทั้งวัยเรียนและวัยทำงานยังมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุอยู่ ซึ่งเป็นการสะท้อนมุมมองเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ⁵ และสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าวัยรุ่นมีระดับทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง¹⁰

ผลการวิจัยที่พบว่า นักเรียนทั้งกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุอยู่ในบ้านและกลุ่มที่ไม่มี ในภาพรวมมีเจตคติต่อผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย เด็ก ๆ จะเห็นพฤติกรรมที่พ่อแม่ปฏิบัติต่อปู่ย่าตายายด้วยความรักและห่วงใยทุกวัน ๆ ย่อมเกิดการซึมซับและความเข้าใจกัน ในขณะที่นักเรียนกลุ่มที่ครอบครัวไม่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วยนั้น จะไม่มีประสบการณ์เหล่านี้จากครอบครัวเลย แต่ก็เป็นไปได้ว่ามีโอกาสสัมผัสผู้สูงอายุจากสังคมนอกบ้าน กล่าวคือ จังหวัดปทุมธานีมีจำนวนผู้สูงอายุมาก ในทุก ๆ 7 คน จะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน⁹ และเป็นจังหวัดที่มีวัด 191 แห่ง มีงานประเพณีมากมายที่ผู้สูงอายุเป็นกำลังสำคัญในงาน เช่น ประเพณีหุงข้าวแช่ ประเพณีตักบาตรพระร้อยทางน้ำ จึงเป็นโอกาสที่นักเรียนจะได้พบเห็นผู้สูงอายุในภาพทั้งงดงามต่าง ๆ อีกทั้งในปัจจุบัน มีการสื่อสารที่ทุกคนเข้าถึงง่าย มีโอกาสรับรู้เรื่องราวของผู้สูงอายุและคุณงามความดีของผู้สูงอายุตลอดเวลา ทำให้มุมมองของนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มที่มีต่อผู้สูงอายุในภาพรวมไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยที่พบว่า นักเรียนกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน มีเจตคติน้อยกว่าอีกกลุ่มในเรื่องการรู้สึกสงสารผู้สูงอายุที่เหงา ว่าเหงา ไม่มีคนพูดคุยด้วย และสงสารเมื่อเห็นผู้สูงอายุทำงานหนักนั้น อธิบายได้ว่า นักเรียนกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุอยู่ในบ้านนั้น จะรู้สึกชินกับสภาพการ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับปู่ย่าตายายทุกวัน จึงอาจมีอารมณ์เฉย ๆ กับสิ่งที่พบการเปลี่ยนแปลงเป็นประจำนั้น ซึ่งต่างจากนักเรียนกลุ่มที่ครอบครัวไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีอาการเหงา ว่าเหว่ ไม่มีคนพูดคุยด้วย หรือทำงานหนัก นักเรียนกลุ่มนี้จะเกิดความรู้สึกสงสาร สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าวัยรุ่นมีระดับทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือรู้สึกสงสารเมื่อเห็นผู้สูงอายุทำงานหนัก¹⁰

อีกประการหนึ่ง ผลการวิจัยที่พบว่านักเรียนกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน มีเจตคติสูงกว่ากลุ่มที่ครอบครัวไม่มีผู้สูงอายุในเรื่องการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ ว่าเป็นการไม่ยุติธรรมต่อบุคคลวัยอื่น และเรื่องผู้สูงอายุควรอยู่ในบ้านพักคนชรา อธิบายได้ว่า ในนักเรียนกลุ่มที่ครอบครัวมีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน มีประสบการณ์ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทุกด้าน บางคนช่วยพ่อแม่ดูแลปู่ย่าตายายที่อยู่ในบ้านเดียวกัน ได้เห็นได้รับรู้รายจ่ายที่เกิดขึ้น อาจทำให้คิดว่าทุกคนที่เจ็บไข้ได้ป่วย ก็ต้องมีค่าใช้จ่ายเช่นกัน การให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ จึงอาจไม่ยุติธรรมต่อผู้อื่นได้ และขณะเดียวกัน จากสภาพที่ต้องอยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุทุกวัน ๆ ก็อาจรู้สึกรำคาญ เบื่อหน่าย หงุดหงิดต่อปู่ย่าตายายของตนได้ เพราะผู้สูงอายุมักมีอาการแปรปรวน ซึ่งบางครั้งก็ยากเกินเข้าใจ ทำให้นักเรียนเกิดอารมณ์เบื่อหน่าย จึงคิดว่าควรส่งผู้สูงอายุไปอยู่บ้านพักคนชรา ซึ่งเรื่องนี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ศึกษาในผู้ที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2508–2522 พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอยู่บ้านพักคนชรามากที่สุดคือ “ตนเอง” เนื่องจากต้องการมีเพื่อนหรือกลุ่มคนในวัยเดียวกัน ต้องการบ้านพักที่มีสิ่งแวดล้อมสวยงามตามความชื่นชอบส่วนตัว¹¹

2. จากวัตถุประสงค์ ข้อ 2 พบว่าเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักเรียนภายหลังทำกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติ สูงขึ้นกว่าก่อนทำ

อธิบายได้ว่า เจตคติ คือความรู้สึก ความเชื่อ และแนวโน้มของพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งของ เจตคติเกิดจากประสบการณ์ การอบรมเลี้ยงดู อิทธิพลของสื่อมวลชน เหตุการณ์ที่ประทับใจ เจตคติไม่คงตัวอยู่ตลอดเปลี่ยนแปลงได้ คาร์ล ฮอฟแลนด์ (Carl Hovland) ผู้สร้าง Yale Approach เชื่อว่าองค์ประกอบของเจตติด้านความรู้สึกสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยความคิดหรือความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น หมายความว่า การเรียนรู้ข้อมูลใหม่

ที่ผ่านการสื่อสารที่จูงใจ หรือโน้มน้าวจิตใจ จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อได้ โดยผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การใส่ใจ การมีความเข้าใจต่อข่าวสาร มีการยอมรับข่าวสารนั้นอย่างแท้จริง และการมีความคงอยู่ของการเก็บจดจำข่าวสารนั้น ๆ ซึ่งผู้วิจัยนำมาเป็นแนวปฏิบัติหลักของการอบรมครั้งนี้ วัยของนักเรียนเป็นวัยรุ่น นักเรียนจำนวนหนึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุแล้ว บางคนได้รับการปลูกฝังให้มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุอยู่แล้ว เมื่อเข้าร่วมทำกิจกรรมด้วยกันจึงมีโอกาสดูแลช่วยเหลือกัน นักเรียนแต่ละคนต้องมีการปรับตัวทางอารมณ์และสังคมอย่างมาก มีการสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง สร้างทัศนคติและค่านิยมแห่งชีวิต มิตรภาพระหว่างเพื่อนเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของวัยรุ่น ชอบให้เพื่อนยอมรับและยกย่อง ต้องการมีทุกสิ่งทุกอย่างเหมือนเพื่อนๆ เพศเดียวกันในกลุ่ม ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ต้องการให้เพื่อนรู้สึกประทับใจในพฤติกรรมของตน ถ้าเพื่อนผู้ยอมรับ ก็จะเกิดความมั่นใจในตัวเอง เหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปรับเจตคติของนักเรียนได้ ดังนั้น ย่อมส่งผลให้นักเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุในทางที่สูงขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาวัยรุ่นที่พบว่า ภายหลังนักศึกษาพยาบาลใช้โปรแกรมการส่งเสริมเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรแล้ว มีเจตคติสูงขึ้น¹²

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่า นักเรียนกลุ่มที่มีผู้สูงอายุในบ้าน มีเจตคติน้อยกว่านักเรียนกลุ่มที่ไม่มีผู้สูงอายุในบ้าน เรื่องการรู้สึกสงสารผู้สูงอายุที่เหงา ว่าเหว่และไม่มีคนพูดคุยด้วย กับเรื่องการรู้สึกสงสารเมื่อเห็นผู้สูงอายุทำงานหนัก และมีเจตติมากกว่า เรื่องการที่มีการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ ว่าเป็นการไม่ยุติธรรมต่อบุคคลวัยอื่น กับเรื่องที่ผู้สูงอายุควรไปอยู่บ้านพักคนชรา เหล่านี้ เป็นเรื่องที่ต้องปรับเจตคติใหม่ ต้องปลูกฝังความรู้สึกเอื้ออาทรและกตัญญูต่อปู่ย่าตายายให้มากขึ้น โดย

1. นักพัฒนาชุมชนควรให้ความสำคัญ จัดโครงการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุและวัยรุ่นในชุมชน เน้นการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

2. โรงเรียนควรมีหลักสูตรหรือกิจกรรมเพื่อสอนนักเรียนด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุและวัยรุ่น ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและพัฒนาทักษะ

นักเรียนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

3. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรเน้นการสอนที่สร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุลงในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลเป็นแบบอย่างและนำไปอบรมให้ความรู้แก่เด็กรุ่นหลังต่อไปได้

4. สถาบันครอบครัวควรตระหนักและปรับบทบาทที่เน้นการเคารพตักตวงต่อพ่อแม่ในบ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเปรียบเทียบบทบาทของพ่อแม่และวัยรุ่นที่มีต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRDI). Situation of the Thai Elderly 2021. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2021. (in Thai)
2. Thongjaroen W. The Changing in the Elderly. Fundamental Nursing, Faculty of Nursing. Mahidol University; 2022. (in Thai)
3. Panyathorn K. Family caregiving of the elderly in Nongtaguy Village, Maung District Udonthani Province. Journal of Nursing and Health Care. 2014;32(4):33-9. (in Thai)
4. Wannasiri T, Pratukkungvongsa S. The Development of Adolescent and The Elderly in Family; Prongmaduae area. Area Based Development Research Journal. 2016;8(1):100-15. (in Thai)
5. Tangchonlatip K, Vapattanavong P, Jamjan C, Kanungsukkasaem U, Vong-ake P, Panpong S. Value of Thai Elderly : Perspectives from Two Generations. In : Thaweessit S, Boonyamanon S, editors. Population and Social Studies 2010: Value of the Elderly Prom the Eyes of Thai Society. Nakhon Pathom: Population and Social Studies Press; 2010. (in Thai)
6. Suppravong K. Attitudes Living with the elderly Care giving toward the elderly Undergraduate students. BU Academic Review. 2017;16(2): 117-27. (in Thai)
7. Sampaothong K. Family and the elderly. Faculty of Nursing, Thammasat University;2022. (in Thai)
8. Vongchaovalitkul B, Sanguanvongvarn V, Chatchaisucha S, Limpsaran T, Thaisamak S, Ruangajorn K. Knowledge and attitude of the elderly caregivers : A case study of Thammapakorn Phoklang and Watmuang Elderly Care Center Nakhonratchasima province. Journal of Business Administration The Association of Private Education Institutions of Thailand. 2016;5(2):74-92. (in Thai)
9. Social Development and Human Security Office, Pathumthani Province. The Report of Society Situation in Pathumthani Province 2022. (in Thai)
10. Gadudom P, No-in K, Dedkhard S, Panyachai W, Khemwichai S, Kanyana B, Katsomboon K. Adolescent Attitude Toward Elderly. Rajavadeesarn. 2019;9(2):72-85. (in Thai)
11. Tasapanun A. Affecting the Selection of Services Provided by Nursing Home for Generation X and Generation Y. (thesis). Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2020. (in Thai)
12. Hormdee R. Effects of Enhancing Attitude towards Elderly Caring behavior among Nursing Students on Decreasing Violence Risk to Elderly Patients. (dissertation). Bangkok: Srinakharinwirot University; 2023. (in Thai)

การพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ ของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล

The Development of Psychological Strategies for Enhancing Psychological Immunity of Early Adulthood Families, Central Perimeter Provincial Cluster

สมจิต พฤกษ์รัตนนท์* ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา
Somjit Prueksaritanond* Pongpan Kirdpitak Prasan Malakul Na Ayudhaya
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย, 10250
Kasem Bundit University, Bangkok, Thailand, 10250

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีพื้นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 214 ครอบครัว ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นจากประชากร กลุ่มที่ 2 เป็นครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น ได้มาจากกลุ่มที่ 1 ที่มีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 20 ครอบครัว แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับกลยุทธ์จิตวิทยา ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับกลยุทธ์ใดๆ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวและกลยุทธ์จิตวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก

ผลการวิจัย 1) ภูมิคุ้มกันทางใจโดยรวมของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นอยู่ในระดับมาก 2) กลยุทธ์จิตวิทยาพัฒนาจากแนวคิดกลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ และกลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตแนวเอสโอซี 3) ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นกลุ่มทดลองพึงพอใจมากต่อกลยุทธ์จิตวิทยาที่นำมาเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัว

คำสำคัญ : ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัว, วัยผู้ใหญ่ตอนต้น, กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล, กลยุทธ์จิตวิทยา, การเสริมสร้าง

Abstract

This basic mixed methods research design aimed to develop psychological strategies for enhancing the psychological immunity of early adulthood families in the central perimeter provincial cluster. The study involved two groups of samples. The first group of participants for psychological immunity study comprised 214 early adulthood families, selected by stratified random sampling from the population. The second group was purposively selected from the first group consisted of 20 early adulthood families whose psychological immunity scores were lower than 25th percentile. They were randomly assigned into two groups, classified as an experimental group and a control group, with 10 families in each group. The experimental group

Corresponding Author: *E-mail: dr.somjit95@gmail.com

วันที่รับ (Received) 25 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 20 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 24 เม.ย. 2567

participated in the psychological strategies while the control group did not receive any psychological strategy. The research instruments were psychological immunity scale and psychological strategies. Statistical analyses utilized the non-parametric test.

The research results were as follows: 1) The total score of psychological immunity of early adulthood families revealed high. 2) The psychological strategies for enhancing psychological immunity of early adulthood families were developed by applying theoretical concepts of collaborative learning strategy, critical reflection strategy, and SOC life management strategy. 3) The psychological immunity scores of early adulthood families of the experimental group after the experiment and after the follow-up were significantly higher than before the experiment at .01 level and significantly higher than that of the control group at .01 level. 4) Early adulthood families in the experimental group were very satisfied with the psychological strategies used for enhancing the family's psychological immunity.

Keywords: Psychological Strategies, Psychological immunity, Early adulthood families, Central perimeter provincial cluster

บทนำ

ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความสำคัญอย่างยิ่งดังเห็นได้จากการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) และการปฏิรูปประเทศ ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ทุกช่วงวัย โดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 3 ประการ ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกัน โดยมีมั่นใจว่าบุคคล ครอบครัว และสังคมที่มีภูมิคุ้มกันสามารถประสบความสำเร็จได้¹ ภูมิคุ้มกันทางใจเป็นพลังใจของบุคคลในการต่อสู้กับความเครียด ความกลัว ความไม่มั่นคง ความคิดเชิงลบ และการสร้างสมดุลให้เกิดขึ้นในจิตใจ² สำหรับภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัว เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้ และทักษะของครอบครัวในการปรับตัวรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา³ ทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว อาทิ ด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี ส่งผลกระทบต่อครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นในการย้ายถิ่น การสร้างครอบครัว แสวงหาโอกาสในการทำงาน การมีอาชีพที่มั่นคงทางเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของครอบครัว⁴

กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดนครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ⁵ เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และการขยายตัว

จากกรุงเทพมหานคร อีกทั้งในชุมชนยังมีการแพร่ระบาดของของยาเสพติด ปัญหาครอบครัว และพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและเยาวชน⁶ ดังนั้นหากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นสร้างครอบครัวท่ามกลางความผันผวนที่เกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกโดยขาดภูมิคุ้มกันทางใจแล้ว ครอบครัวอาจเสี่ยงต่อการล่มสลายได้ จากการศึกษาทั้งในต่างประเทศ⁷ และในประเทศไทย⁸ พบว่า ครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่เริ่มเลี้ยงดูบุตรถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและมีความอยู่ดีมีสุขน้อยที่สุด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องหาวิธีการป้องกันและบรรเทาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับครอบครัว

นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล การศึกษาก่อนหน้าทั้งในต่างประเทศ⁹ และในประเทศไทย¹⁰ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งของครอบครัว ประกอบกับผู้วิจัยเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีประสบการณ์การทำงานกับครอบครัวและได้มาศึกษาศาสตร์ทางจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ จึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อให้ครอบครัวได้นำข้อความรู้ที่ได้รับมาวางแผนการดำเนินชีวิตให้มีประสิทธิภาพ เห็นคุณค่าในตนเอง และเกิดประโยชน์ต่อสังคมมากยิ่งขึ้น

เนื่องด้วยยังไม่ทราบลักษณะภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่แท้จริง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาข้อมูล

เชิงประจักษ์จากครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล จำนวน 14 ครอบครัว เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตครอบครัว เหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา และสิ่งที่ครอบครัวต้องการปรับเปลี่ยน พบว่ามีความจำเป็นต้องศึกษาลักษณะของภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักความผูกพัน ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย ด้านความฉลาดรู้อารมณ์ ด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว และด้านคุณธรรมจริยธรรม รวมทั้งการแสวงหาแนวทางพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยใช้กลยุทธ์จิตวิทยาที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์หลักการ แนวคิดทฤษฎีสำคัญ 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ¹¹ 2) กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์^{12,13} และ 3) กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนวเอสไอซี (SOC)¹⁴

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น กลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑลประกอบด้วย แนวคิดทฤษฎีสำคัญ 3 กลยุทธ์ ได้แก่

1. กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ
2. กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์
3. กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนวเอสไอซี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล
2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มทดลองที่มีต่อกลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล โดยทดสอบทฤษฎี

ตัวแปรตาม ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล ประกอบด้วย 5 ด้าน

1. ด้านความรักความผูกพัน
2. ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย
3. ด้านความฉลาดรู้อารมณ์
4. ด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว
5. ด้านคุณธรรมจริยธรรม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบผสมวิธีพื้นฐาน (Basic mixed methods designs)¹⁵ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล เพื่อศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากไม่พบแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจที่เฉพาะเจาะจงกับครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้วิจัยดำเนินการ โดย 1) ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัว และสัมภาษณ์ครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นจำนวน 14 ครอบครัว เกี่ยวกับ “การดำเนินชีวิตครอบครัว เหตุการณ์

ที่ไม่พึงปรารถนา และสิ่งที่ครอบครัวต้องการปรับเปลี่ยน” และนำข้อความรู้ที่ได้มากำหนดนิยามปฏิบัติการและสร้างแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น 2) ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และนิยามปฏิบัติการด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 3) นำไปทดลองใช้กับครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ครอบครัว นำผลมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item Discrimination Power) ได้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total

Correlation) และวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับและรายด้าน และ 4) นำแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 ครอบครัว

ระยะที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล โดย 1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประยุกต์หลักการแนวคิดทฤษฎีจิตวิทยา 3 กลยุทธ์ ได้แก่ (1) กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ (Collaborative Learning Strategy)¹¹ ที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกันระหว่างสมาชิกครอบครัวจากการสนทนา อภิปราย ลงมือทำงานร่วมกันตามหน้าที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน (2) กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Reflections Strategy)^{12,13} ที่มุ่งเน้นการประเมินความคิด ความรู้สึก วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประสพการณ์เดิมจนเกิดความหมายใหม่ในการแก้ปัญหาที่แตกต่างไปจากเดิม ยอมรับ และบูรณาการมุมมองใหม่ไปสู่การดำเนินชีวิต และ (3) กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนวเอสโอซี (Selective Optimization with Compensation: SOC)¹⁴ ที่มุ่งเน้นกระบวนการคิดของสมาชิกครอบครัวในการแสวงหาทางเลือกให้ดีที่สุดเพื่อนำไปปฏิบัติสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของการดำเนินชีวิต และการชดเชยด้วยทางเลือกอื่นๆ อีกครั้ง หากการปฏิบัติยังไม่ได้ผล 2) ตรวจสอบคุณภาพของกลยุทธ์จิตวิทยาที่สร้างขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง 3) นำกลยุทธ์จิตวิทยาไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ครอบครัว 4) นำกลยุทธ์จิตวิทยาที่ผ่านการทดลองใช้ในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ครอบครัว

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณและการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบ Pretest-posttest control group design โดยศึกษาเปรียบเทียบภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นก่อนการทดลอง หลังการ

ทดลอง และหลังการติดตามผล 1 เดือน จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) กลุ่มทดลองที่ได้รับกลยุทธ์จิตวิทยา 2) กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับกลยุทธ์จิตวิทยา และ 3) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

(1) ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑลของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลยุทธ์จิตวิทยา หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง

(2) ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑลของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลยุทธ์จิตวิทยา หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับกลยุทธ์จิตวิทยา

3.2 การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มทดลองที่มีต่อกลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นจากการสนทนากลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เลขที่รับรองโครงการ T003/66P เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือในงานวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล มีลักษณะเป็นข้อคำถามที่บ่งชี้สถานการณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัว 5 ด้าน คือ 1) ด้านความรักความผูกพัน จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านความฉลาดรู้อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวน 8 ข้อ และ 5) ด้านคุณธรรมจริยธรรม จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 34 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อให้คะแนนชนิดเลือกตอบสอดคล้องกับนิยามที่ผู้วิจัยสังเคราะห์มาจากการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ดังนี้

นิยาม ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล หมายถึง การรับรู้

และเข้าใจภาวะการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันของครอบครัว การเชื่อมั่นและกระตือรือร้นในการเตรียมความพร้อม การปรับตัว การเผชิญเหตุการณ์ และการคาดการณ์ล่วงหน้า หรือมีแผนพร้อมรับกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ จากครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล โดยกำหนดคะแนนของแต่ละข้อเป็น 3 ระดับ คือ

1 คะแนน หมายถึง ไม่ตระหนักในภาวะการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันของครอบครัว

2 คะแนน หมายถึง ตระหนักในภาวะการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันของครอบครัวแต่ไม่กระตือรือร้น

3 คะแนน หมายถึง ตระหนักในภาวะการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันของครอบครัว เชื่อมั่น กระตือรือร้นในการเตรียมความพร้อม การปรับตัว และการเผชิญกับเหตุการณ์

คะแนนที่ได้นำมาแปลความหมายภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น ตามแนวคิดของ Best¹⁶ คือ คะแนน 2.35-3.00 หมายถึง ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวอยู่ในระดับมาก; คะแนน 1.68-2.34 หมายถึง ระดับปานกลาง; และคะแนน 1.00-1.67 หมายถึง ระดับน้อย

แบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 0.203-0.740 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ 0.924 รายด้าน: ด้านความรักความผูกพัน การดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย ความฉลาดรู้อารมณ์ การบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว และด้านคุณธรรมจริยธรรม เท่ากับ .760, .740, .754, .748 และ .707 ตามลำดับ

2. กลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นเริ่มต้น 2) ขั้นดำเนินการ โดยประยุกต์กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจด้านความรักความผูกพันและคุณธรรมจริยธรรม ประยุกต์กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย และประยุกต์กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนวเอสโอซี เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจด้านความรักความผูกพัน ความฉลาดรู้อารมณ์ การบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว และ 3) ขั้นสรุปและประเมินผล จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นครอบครัวจำนวน 140,513 ครอบครัว อาศัยอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ (ร้อยละ 34.24) จังหวัดนนทบุรี (ร้อยละ 24.93) จังหวัดปทุมธานี (ร้อยละ 24.57) และ จังหวัดนครปฐม (ร้อยละ 6.26) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ใช้ในการศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากประชากรกรณีไม่ทราบจำนวนครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น¹⁷ มีเกณฑ์การคัดเลือกครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น คือ 1) สามมีและภรรยาอายุระหว่าง 21-35 ปี 2) มีบุตรธิดาอย่างน้อย 1 คน อาศัยอยู่ด้วยกัน 3) สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 214 ครอบครัว ตามสัดส่วนประชากร จากจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 73 ครอบครัว จังหวัดนนทบุรี จำนวน 53 ครอบครัว จังหวัดปทุมธานี จำนวน 53 ครอบครัว และจังหวัดนครปฐม จำนวน 35 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ทั้งสามมีและภรรยาด้วยแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ใช้ในการศึกษาผลการใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ที่มีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 20 ครอบครัว สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับกลยุทธ์จิตวิทยา ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับกลยุทธ์จิตวิทยาใดๆ เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 1 เดือน ด้วยแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติอนุมานพาราเมตริกในการวิเคราะห์เปรียบเทียบภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched - Pairs Signed - Ranks Test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 และเปรียบเทียบภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริณทล ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน 214 ครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริณทล โดยรวมและรายด้าน (n = 214)

ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น	จำนวนข้อ	Max	Min	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านความรักความผูกพัน	10	3.00	1.20	2.43	.31	มาก
ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย	5	3.00	1.40	2.63	.29	มาก
ด้านความฉลาดรู้อารมณ์	6	3.00	1.33	2.49	.31	มาก
ด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว	8	2.88	1.50	2.23	.25	ปานกลาง
ด้านคุณธรรมจริยธรรม	5	3.00	1.60	2.70	.25	มาก
ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นโดยรวม	34	2.82	1.74	2.47	.19	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริณทล ดังนี้

กลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริณทล หมายถึง แบบแผนและวิธีการทางจิตวิทยาในการศึกษา วิเคราะห์ วางแผน และการดำเนินการเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและการกระทำที่นำไปสู่ความสำเร็จของชีวิตครอบครัว โดยกลยุทธ์จิตวิทยา 3 กลยุทธ์ ได้แก่ กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ และกลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนวเอสไอซี เพื่อนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลยุทธ์จิตวิทยามาใช้ในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัว 3 ขั้นตอน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ดังนี้

2.1 ขั้นเริ่มต้น

2.2 ขั้นดำเนินการ ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ใช้เทคนิค การจินตนาการ การเล่าเรื่อง การฟัง การแสดงความคิดเห็นและการสะท้อนความรู้สึก ครั้งที่ 2 ด้านความรักความผูกพัน ประยุกต์กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ ใช้เทคนิค วิดีทัศน์ การวาดภาพครอบครัว การเล่าภาพครอบครัว การแสดงความคิดเห็นความรู้สึก

ครั้งที่ 3 ด้านความรักความผูกพัน ประยุกต์กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนวเอสไอซี ใช้เทคนิค กรณีศึกษา การกำหนดเป้าหมาย การพิจารณาทางเลือก การวางแผน การชดเชยทางเลือกอื่นๆ ครั้งที่ 4 ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย ประยุกต์กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ ใช้เทคนิค การแสดงความคิดเห็น การวางแผนเป้าหมายชีวิตร่วมกัน วิดีทัศน์ การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ครั้งที่ 5 ด้านความฉลาดรู้อารมณ์ ประยุกต์กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนวเอสไอซี ใช้เทคนิค SWOT Analysis วิดีทัศน์ การวิเคราะห์สถานการณ์ การแสดงความคิดเห็น การพิจารณาทางเลือก การวางแผนการปฏิบัติ ครั้งที่ 6 ด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว ประยุกต์กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนวเอสไอซี ใช้เทคนิค การวิเคราะห์สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว การระดมสมอง การวางแผนเพิ่มรายได้ การให้ข้อมูลแหล่งเรียนรู้ ครั้งที่ 7 ด้านคุณธรรมจริยธรรม ความเมตตา กรุณา และซื่อสัตย์ ประยุกต์กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ ใช้เทคนิค การปรึกษาหารือร่วมกัน การนำเสนอแนวทางการเสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรม การสรุป ครั้งที่ 8 ปัจฉินิเทศ ประยุกต์กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ ใช้เทคนิค Mind mapping การเล่าความประทับใจ การแสดงความคิดเห็น การสะท้อนความรู้สึก การแสดงออก การสรุป

2.3 ขั้นสรุปและประเมินผล

3. ผลของการใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัด

ภาคกลาง ปริมณฑล

ทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ด้วยสถิติ

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจ
โดยรวมของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มทดลอง ก่อนการ

Wilcoxon Matched - Pairs Signed - Ranks Test ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองที่ได้รับหลักสูตรจิตวิทยา
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n = 10 ครอบครัว)

ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัว วัยผู้ใหญ่ตอนต้น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		หลังการติดตามผล		เปรียบเทียบช่วงเวลา	Z	p
	Med	IQR	Med	IQR	Med	IQR			
ด้านความรักความผูกพัน	2.20	.28	2.60	.45	2.60	.18	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-3.81**	.00
							ก่อนการทดลอง-หลังการติดตามผล	-3.65**	.00
							หลังการทดลอง-หลังการติดตามผล	-1.03	.30
ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัว อย่างมีความหมาย	2.60	.55	2.80	.20	2.70	.50	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-2.85	.00
							ก่อนการทดลอง-หลังการติดตามผล	-1.26	.21
							หลังการทดลอง-หลังการติดตามผล	-2.71**	.00
ด้านความฉลาดรู้อารมณ์	2.33	.17	2.83	.29	2.67	.50	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-3.88**	.00
							ก่อนการทดลอง-หลังการติดตามผล	-2.93**	.00
							หลังการทดลอง-หลังการติดตามผล	-2.53**	.01
ด้านการบริหารจัดการความมั่นคง ทางเศรษฐกิจของครอบครัว	2.13	.25	2.38	.34	2.38	.25	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-3.31**	.00
							ก่อนการทดลอง-หลังการติดตามผล	-3.14**	.00
							หลังการทดลอง-หลังการติดตามผล	-1.30	.20
ด้านคุณธรรมจริยธรรม	2.60	.40	2.80	.20	2.70	.35	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-2.23*	.03
							ก่อนการทดลอง-หลังการติดตามผล	-0.82	.43
							หลังการทดลอง-หลังการติดตามผล	-1.47	.14
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	2.32	.14	2.60	.21	2.59	.16	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-3.92**	.00
							หลังการทดลอง-หลังการติดตามผล	-1.83	.07

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, Med = Median, IQR = Interquartile Range

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนภูมิคุ้มกันทางใจโดยรวมของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$ และ $p = .00$ ตามลำดับ) การเปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองและหลังการติดตามผลพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .07$) สำหรับรายด้านพบว่า ด้านความรักความผูกพัน ด้านความฉลาดรู้อารมณ์ ด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$, $p = .00$ และ $p = .00$ ตามลำดับ) ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัว

อย่างมีความหมาย และด้านคุณธรรมจริยธรรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p = .21$ และ $p = .43$ ตามลำดับ)

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจโดยรวมและรายด้านของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล จำนวน 10 ครอบครัว โดยใช้ Wilcoxon Matched - Pairs Signed - Ranks Test พบว่า คะแนนภูมิคุ้มกันทางใจโดยรวมของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p = .20$ และ $p = .25$ ตามลำดับ) การเปรียบเทียบระหว่าง

หลังการทดลองและหลังการติดตามผลพบว่าไม่แตกต่างกัน และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ครอบครัว ก่อนการทดลอง
($p = .61$) หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ด้วยการวิเคราะห์

4. คะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ ข้อมูลเป็นรายคู่โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ดังแสดง
ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล ระหว่างกลุ่มทดลอง ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล การแปลผล ระหว่างกลุ่มทดลอง
($n = 10$) และกลุ่มควบคุม ($n = 10$) ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น	ช่วงเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	MED	การแปลผล	Mean Rank	IQR	Z	p
ด้านความรักความผูกพัน	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.20	ปานกลาง	22.50	.28	-1.09	.27
		กลุ่มควบคุม	2.20	ปานกลาง	18.50	.38		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.60	มาก	26.33	.45	-3.18**	.00
		กลุ่มควบคุม	2.30	ปานกลาง	14.68	.58		
	หลังการติดตามผล	กลุ่มทดลอง	2.60	มาก	27.50	.18	-3.82**	.00
		กลุ่มควบคุม	2.25	ปานกลาง	13.50	.58		
ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.60	มาก	23.58	.55	-1.70	.09
		กลุ่มควบคุม	2.40	มาก	17.43	.40		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.80	มาก	28.75	.20	-4.57**	.00
		กลุ่มควบคุม	2.40	มาก	12.25	.40		
	หลังการติดตามผล	กลุ่มทดลอง	2.70	มาก	24.15	.50	-2.03*	.04
		กลุ่มควบคุม	2.50	มาก	16.85	.40		
ด้านความฉลาดรู้อารมณ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.33	ปานกลาง	23.13	.17	-1.46	.15
		กลุ่มควบคุม	2.33	ปานกลาง	17.88	.50		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.83	มาก	27.85	.29	-4.04**	.00
		กลุ่มควบคุม	2.17	ปานกลาง	13.15	.46		
	หลังการติดตามผล	กลุ่มทดลอง	2.67	มาก	25.95	.50	-2.98**	.00
		กลุ่มควบคุม	2.17	ปานกลาง	15.05	.50		
ด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.13	ปานกลาง	20.15	.25	-0.19	.85
		กลุ่มควบคุม	2.13	ปานกลาง	20.85	.44		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.38	มาก	25.95	.34	-2.99**	.00
		กลุ่มควบคุม	2.19	ปานกลาง	15.05	.22		
	หลังการติดตามผล	กลุ่มทดลอง	2.38	มาก	24.43	.25	-2.18*	.03
		กลุ่มควบคุม	2.13	ปานกลาง	16.58	.22		
ด้านคุณธรรมจริยธรรม	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.60	มาก	17.75	.40	-1.53	.13
		กลุ่มควบคุม	2.60	มาก	23.25	.40		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.80	มาก	22.83	.20	-1.33	.18
		กลุ่มควบคุม	2.60	มาก	18.18	.20		
	หลังการติดตามผล	กลุ่มทดลอง	2.70	มาก	21.60	.35	-.61	.54
		กลุ่มควบคุม	2.60	มาก	19.40	.40		
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.32	ปานกลาง	22.30	.14	-1.01	.31
		กลุ่มควบคุม	2.32	ปานกลาง	18.70	.07		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.60	มาก	29.08	.21	-4.65**	.00
		กลุ่มควบคุม	2.31	ปานกลาง	11.93	.26		
	หลังการติดตามผล	กลุ่มทดลอง	2.59	มาก	27.90	.16	-4.01**	.00
		กลุ่มควบคุม	2.29	ปานกลาง	13.10	.28		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, MED = Median, IQR = Interquartile Range

จากตารางที่ 3 พบว่า ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้นโดยรวมและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีภูมิคุ้มกันทางใจโดยรวมทั้งหลังการทดลองและหลังการติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับรายด้านทุกด้านพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นด้านคุณธรรมจริยธรรมที่พบว่าไม่ต่างกัน และหลังการติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจด้านความรักความผูกพันและด้านความฉลาดรู้อารมณ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย และด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัวนั้น กลุ่มทดลองมีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับ .05

5. จากการสนทนากลุ่มพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้นพึงพอใจมากต่อกลยุทธ์จิตวิทยาที่เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกทำให้ครอบครัวมีความรักความผูกพัน มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีความสุข และเห็นคุณค่าของชีวิตครอบครัวในเชิงบวก

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑลจำนวน 214 ครอบครัว อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 อาศัยอยู่กับบิดามารดาหรือญาติผู้ใหญ่ ซึ่งอาจมีผลการพึ่งพากันระหว่างรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางจิตสังคมตามทฤษฎีของอีริกสันที่อธิบายว่า แรกเกิดจนถึงวัยรุ่นเป็นช่วงแห่งการสะสมประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและการปรับตัวเพื่อสร้างเอกลักษณ์ส่วนบุคคล ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการทางจิตใจและสังคมในการอยู่ร่วมกัน การมีความรักความผูกพันและการทำหน้าที่ที่เป็นประโยชน์ส่วนตน ครอบครัว และสังคม การสร้างความสำเร็จในชีวิตของผู้ใหญ่ตอนต้น และการสร้างขยายไปยังวัยอื่น ๆ ต่อไป

2. ผลการพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ มุ่งเน้น (1) การเตรียมผู้เรียน (2) การสื่อสาร (3) การทำงานร่วมกัน (4) การลงมือทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกัน (5) ความมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมาย

เดียวกัน และ (6) การสรุปบททวนสาระและคุณค่าของความรู้ที่ได้รับร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิด²⁰ 2) กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ มุ่งเน้น (1) การกำหนด/ระบุสถานการณ์ปัญหา (2) การตรวจสอบความรู้สึกรู้สึกของตน (3) การประเมินสมมุติฐานความคิด (4) การเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง (5) การสำรวจหาทางเลือกใหม่ บทบาท ความสัมพันธ์ และการปฏิบัติใหม่ (6) การวางแผนแนวทางปฏิบัติ (7) การหาความรู้และการดำเนินการตามแผนใหม่ (8) การเริ่มทดลองสวมบทบาทใหม่ (9) การสร้างความพยายาม ความมั่นใจในบทบาทใหม่และความสัมพันธ์ใหม่ และ (10) การบูรณาการมุมมองใหม่ไปสู่การดำเนินชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Mezirow and Associates¹² และ 3) กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตของครอบครัวแนวเอสไอซี มุ่งเน้นให้ครอบครัว (1) กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาอย่างชัดเจน (2) ประเมินสถานการณ์ปัญหาทั้งของตนเองและของครอบครัว และคาดการณ์สถานการณ์ในอนาคต (3) หาวิธีการทางเลือกและประเมินทางเลือกอื่น ๆ ที่เคยมีผู้ใช้แล้วได้ผลก่อนนำไปปฏิบัติ (4) วางแผนการปฏิบัติในการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน (5) ลงมือปฏิบัติอย่างรอบคอบ มีสติ และ (6) ประเมินการปฏิบัติ หาทางเลือกอื่นหรือหาแหล่งสนับสนุนในการปฏิบัติใหม่ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bales and Bales¹⁴

3. ผลของการใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น

3.1 พบว่า ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง คือ (1) ด้านความรักความผูกพัน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ 2 กลยุทธ์ เนื่องจากกลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ ใช้เทคนิคการวาดภาพครอบครัว การเล่าภาพ การแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ส่งเสริมการมีความรักความเข้าใจและการดูแลเอาใจใส่กัน สอดคล้องกับการนำการเรียนรู้แบบร่วมมือ²¹มาใช้ในการแก้ปัญหาของนักศึกษาพบว่าหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนว เอสไอซี ใช้เทคนิค การประเมิน การพิจารณาทางเลือก การวางแผน และการลงมือปฏิบัติ ที่สนับสนุนการใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกัน สอดคล้องกับการใช้กลยุทธ์เอสไอซีในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง²² ส่งผลให้เกิดการเลือกพฤติกรรม การอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ (2) ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างมีความหมาย ประยุกต์ใช้กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ใช้เทคนิค การนำเสนอบทบาทหน้าที่ของสมาชิกที่ควรรับผิดชอบแต่ละวัน เป็นการนำ

ประสบการณ์เดิมมากระตุ้นให้เกิดการคิด การรับรู้ การเข้าใจ การมองมุมใหม่อย่างไตร่ตรอง เพื่อเรียนรู้การให้ความหมายใหม่ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ในการแก้ปัญหา สอดคล้องกับการนำแนวคิดที่กระตุ้นให้ครูมีการสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์²³ มีผลทำให้ครูเกิดความคิดความเชื่อ และค่านิยมใหม่ในวิชาชีพของตน (3) ด้านความฉลาดรู้อารมณ์ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัว แนวเอสไอซี เป็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีเลือกหรือประยุกต์ ทางเลือกอื่น หรือขอความช่วยเหลือจากภายนอก เพื่อคงระดับ การปฏิบัติที่เกิดประโยชน์สูงสุดนั้นไว้เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่เลือกไว้เดิม หรือการปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่เพื่อชดเชยเป้าหมายที่ วางไว้เดิม โดยใช้เทคนิค SWOT Analysis วิเคราะห์ การวิเคราะห์ สถานการณ์ การแสดงความคิดเห็น การพิจารณาทางเลือก และการวางแผนปฏิบัติ สอดคล้องกับการที่ประยุกต์ใช้ การบริหารจัดการชีวิตแนวเอสไอซี²⁴ ที่เน้นกระบวนการคิด การเปลี่ยนวิธีการเผชิญอารมณ์ผัดหวังในชีวิต ด้วยการชดเชย สิ่งใหม่หรือปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่หรือโดยการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น พบว่า การจัดการตนเองดีขึ้น (4) ด้านการบริหารจัดการความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว การประยุกต์ใช้กลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตแนวเอสไอซี โดยใช้ เทคนิค การวิเคราะห์สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวปัจจุบัน การระดมสมอง การวางแผนเพิ่มรายได้ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าบุคคลที่ประสบความสำเร็จในชีวิตมีการพัฒนาตนเอง และการจัดการชีวิตของตนเอง¹⁴ และ (5) ด้านคุณธรรมจริยธรรม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ โดยใช้เทคนิค การวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการขาดคุณธรรมจริยธรรม ของครอบครัว และแนวทางแก้ปัญหา ผลการศึกษาไม่พบความ แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัวด้านคุณธรรม จริยธรรมอยู่ในระดับมาก อาจเกิดจากการถ่ายทอดภายใน ครอบครัวเป็นระยะเวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา²⁵ ที่ อธิบายว่าคุณธรรมจริยธรรมต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนา

3.2 ผลการเปรียบเทียบภูมิคุ้มกันทางใจของ ครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับกลยุทธ์จิตวิทยามีภูมิคุ้มกันทางใจโดยรวมหลังการทดลอง และหลังการติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่ากลยุทธ์จิตวิทยา สร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความคิด ความรู้สึก วิเคราะห์

สังเคราะห์ ประสบการณ์เดิมจนเกิดความหมายใหม่ในการแก้ ปัญหาที่แตกต่างไปจากเดิม และการแสวงหาทางเลือกให้ดีที่สุด เพื่อนำไปปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และชดเชยด้วยทางเลือกอื่น ๆ อีกครั้งหากการปฏิบัติยังไม่ได้ ผล สอดคล้องกับแนวคิดกลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือของ Schunk¹¹ กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ของ Mezirow and Associates¹² และกลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตแนว เอสไอซี¹⁴

4. ครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้นกลุ่มทดลองมีความพึง พอใจมากต่อกลยุทธ์จิตวิทยา โดยเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งแสดง ถึงความตั้งใจและเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ที่มีผลต่อการพัฒนา ภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นวัตกรรมจากการวิจัยครั้งนี้ คือ กลยุทธ์จิตวิทยา: กลยุทธ์การเรียนรู้แบบร่วมมือ กลยุทธ์การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ และกลยุทธ์การบริหารจัดการชีวิตครอบครัวแนวเอสไอซี สามารถเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอน ต้น จึงควรมีการศึกษาสถานการณ์ของครอบครัววัยผู้ใหญ่ตอน ต้นในกลุ่มจังหวัดอื่นๆ ที่มีลักษณะและปัญหาใกล้เคียงกันต่อไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำนวัตกรรม กลยุทธ์จิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัว วัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑลไปประยุกต์ใช้ กับครอบครัวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่จะนำไป ใช้ควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับข้อความรู้และทักษะการใช้ กลยุทธ์ วิธีดำเนินการ และเทคนิคที่ใช้

3. ควรศึกษาเรื่องความพร้อมและอุปสรรคในการ วางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของครอบครัว วัยผู้ใหญ่ตอนต้นภายใต้สถานการณ์ที่แตกต่างกัน

References

1. Royal Gazette. Announcement on National Strategy (2018-2037). Royal Gazette. 2018;135(82 A):1-61. (in Thai)
2. Bhardwaj AK, Agrawal G. Concept and applications of psycho-Immunity (Defense against Mental Illness): Importance in mental health scenario. OJMR 2015;1(3):6-15.

3. Department of Women's Affairs and Family Institutions. Definition and types of family. Ministry of Social Development and Human Security. 2019. (in Thai)
4. Office of Women's Affairs and Family Institutions. Knowledge for new parents. Ministry of Social Development and Human Security. 2014. (in Thai)
5. Royal Gazette. Announcement of the Provincial Administrative Policy Committee and Integrated Provincial Clusters on Subject: Establishment of Provincial Clusters and Designation of Provinces as Operational Centers of the Provincial Clusters. (No. 3). Royal Gazette. 2017;134: special section 281 D:14-6. (in Thai)
6. Central Perimeter Provincial Cluster. Provincial Cluster Development Plan 2019-2021. Central Perimeter Provincial Cluster. 2018. (in Thai)
7. Committee on Improving the Health, Safety, and Well-Being of Young Adults; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; National Research Council. Investing in the Health and Well-Being of Young Adults. Bonnie RJ, Stroud C, Breiner H, editors. Washington (DC): National Academies Press (US). 2015.
8. Phuphaibul R, Khumhom R, Jongodomkarn D, Wacharasin C, Nieamsup T, et al. Integrative Thai family study based on family life cycle. Complete Report. 2019. (in Thai)
9. DeFrain J & Asay S. Strong families around the world. Marriage & Family Review. 2007; 41(1-2):1-10.
10. Jinng P, Chaijukul Y, Srijindarat U, Kramanont S, Kasemnetr L et al. Construction of family strength components in the context of Thai society. Warasan Phuettikammasat. 2021;27(1): 18-40. (in Thai)
11. Schunk DH. Learning Theories: An educational perspective. Dale H. Schunk, ed. Boston: Pearson Education, Inc., Publishing as Allyn & Bacon. 2012.
12. Mezirow J and Associates. Learning as transformation: critical perspectives on a theories in progress. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc. 2000.
13. Imchaichit N, Malakul Na Ayudhya P, Kirdpitak P. The development of adaptive strategy for enhancing work potential of new age physical therapists of private hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1):221-31. (in Thai)
14. Baltes PB & Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM. (Eds.), Successful aging: perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press. 1990.
15. Creswell JW. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 2nded. Thousand Oaks, CA: SAGE. 2013.
16. Best JW. Research in education. (3rd ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. 1977.
17. Cochran WG. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons. Inc. 1953.
18. Saesiew N, Vanindananda N, Choochom O. The psychosocial adjustments and situational conditions as correlates of the quality of life in midlife adulthood. Journal of Behavioral Science for Development. 2009;1(1):1-13.
19. Nuttarugs S, Yamma W. The effect of constructivist learning approach on the topic of nursingcare for children with gastrointestinal disorders of the nursing students in Phetchaburi Rajabhat University. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):346-54. (in Thai)

20. Brindley J, Walti C, Blaschke L. Creating effective collaborative learning groups in an online environment. *International Review of Research in Open and Distributed Learning*. 2009;10(3):1-18.
21. Tresin S, Kaewurai R, Jumpasut K, Buosonte R. The development of computer supported collaborative learning model for developing problem solving ability of industrial education-students. *Journal of Education Khon Kaen University*. 2012;35(4):72-9.
22. Zacher H, Chan F, Bakker AB, Demerouti E. Selection, optimization, and compensation strategies: interactive effects on daily work engagement. *Journal of Vocational Behavior*. 2015;87(1):101-7.
23. Larrivee B. Transforming teaching practice: Becoming the critically reflective teacher. *Reflective Practice*. 2000;1(3):293-307.
24. Hunsan S & Potjanaareewong J. Development of psychological training curriculum on life management for adolescent's study. *Ratchaphruek Journal*. 2020;18(1):103.
25. Khajornchaikul P. Factor promotion of moral and virtue of early childhood in family, Phra NakhonSi Ayuthaya and Samut Sakhon Province. *Mahachula Academic Journal*. 2018;5(2):261-74.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ Effects of the Mental Health Literacy Enhancing Program on Psychological Well-being and Quality of Life among Elderly

นฤมล จันทระเกษม¹ ธนพล บรรดาศักดิ์*¹ ขวัญชนก ยศคำลือ¹ อาจารย์พรหมรัตน์¹ ศตวรรษ อุตศาสตร์²

Narumol Jangasem¹ Thanapol Bundasak*¹ Kwanchanok Yotkhamlue¹ Arjaree Prommarut¹ Sattawas Udonsat²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สระบุรี ประเทศไทย 18120

¹Boromarajonani College of Nursing, Phra-Phutthabat, Saraburi, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Saraburi, Thailand, 18120

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45120

²Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, Thailand, 45120

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 62 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าความคิดเห็นที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ 0.99 แบบสอบถามความผาสุกทางใจ และแบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p = .001$ ตามลำดับ) และภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตในแต่ละระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยเสนอแนะให้บุคลากรทางสุขภาพนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, ความผาสุกทางใจ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to test the effects of the Mental Health Literacy (MHL) Program on the psychological well-being and Quality of Life (QoL) of the elderly using two groups, pre-test, post-test, and a 1-month follow-up design. Participants consisted of 62 elderly people who met the inclusion criteria and were randomly assigned to either an experimental group ($n = 26$) or a control group ($n = 26$). The experimental group joined the MHL program, while the control group received standard care from

ผู้แต่งหลัก (Corresponding author) *E-mail: thanapol@bcnbp.ac.th

วันที่รับ (received) 11 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 พ.ค. 2567

the Sub-district Health Promoting Hospital. The research instruments included the MHL program (inter-rater opinion was 0.99), psychological well-being questionnaires, and QoL measurements that were tested with reliability of .94 and .91, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measure ANOVA, and multiple comparison by Bonferroni.

The results revealed that the experimental group had statistically and significantly higher mean scores for psychological well-being and QoL than the control group ($p < .05$ and $p = .001$, respectively) at the post-test and 1-month follow-up period. Moreover, the mean scores for psychological well-being and QoL within the experimental group were statistically and significantly different at the pre-test, post-test, and 1-month follow-up period ($p < .01$).

These findings suggest relevant healthcare personnel could apply this program to enhance psychological well-being and quality of life among the elderly.

Keywords: Mental Health Literacy, Psychological Well-being, Quality of Life, Elderly

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรวัยสูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของวัยสูงอายุ¹ รัฐบาลในหลายประเทศได้เตรียมนโยบายการดูแลช่วยเหลือเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ² เช่นเดียวกับประเทศไทยได้เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 12.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด³ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2593 ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 426 ล้านคน⁴ ผลกระทบที่ตามมาคือ ปัญหาสุขภาพกายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาการถูกทอดทิ้ง⁵ ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผิดปกติทางจิตใจ และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักจะมีปัญหาด้านจิตใจที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำเนินชีวิต รู้สึกเป็นภาระ กลัวถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว และซึมเศร้า⁶ ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้พัฒนาระบบงานผู้สูงอายุเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับชุมชน และระดับประเทศ เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต

ความผาสุกทางใจ เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และความสุขในการดำรงชีวิต มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับ

ตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับความต้องการ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความเจริญงอกงามของบุคคล⁸ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง^{9,10} ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ รู้สึกตนเองมีคุณค่า ดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย¹¹ แต่หากผู้สูงอายุที่ไม่มีความผาสุกทางใจ จะปรับตัวต่อปัญหาไม่ได้ อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า¹¹ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว¹² ในด้านคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ในความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิต มี 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม¹³ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง^{14,15} อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างผาสุกและมีสุขภาวะ¹⁶ มีสุขภาพจิตดีในช่วงบั้นปลายชีวิต ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพขององค์การอนามัยโลก¹⁷ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการเสริมสร้างความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตให้เพิ่มขึ้น

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรู้ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ซึ่งจะช่วยให้บุคคลป้องกันหรือจัดการความผิดปกติทางจิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ⁸ และคุณภาพชีวิต¹⁸ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิด

ปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะชีวิตที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลต่างๆ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงจะรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต ดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ มีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต ค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่น่าเชื่อถือ ตลอดจนแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพได้ แต่บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ มักมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิตตามมา^{19,20} จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับต่ำ²¹ ถึงปานกลาง^{10,22} เช่นกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตสามารถเสริมสร้างให้เกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้โดยอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพราะผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จึงต้องเสริมสร้างให้เพิ่มสูงขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษามุ่งเน้นในกลุ่มอื่น เช่น นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น²³ เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิต และมีวิธีการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

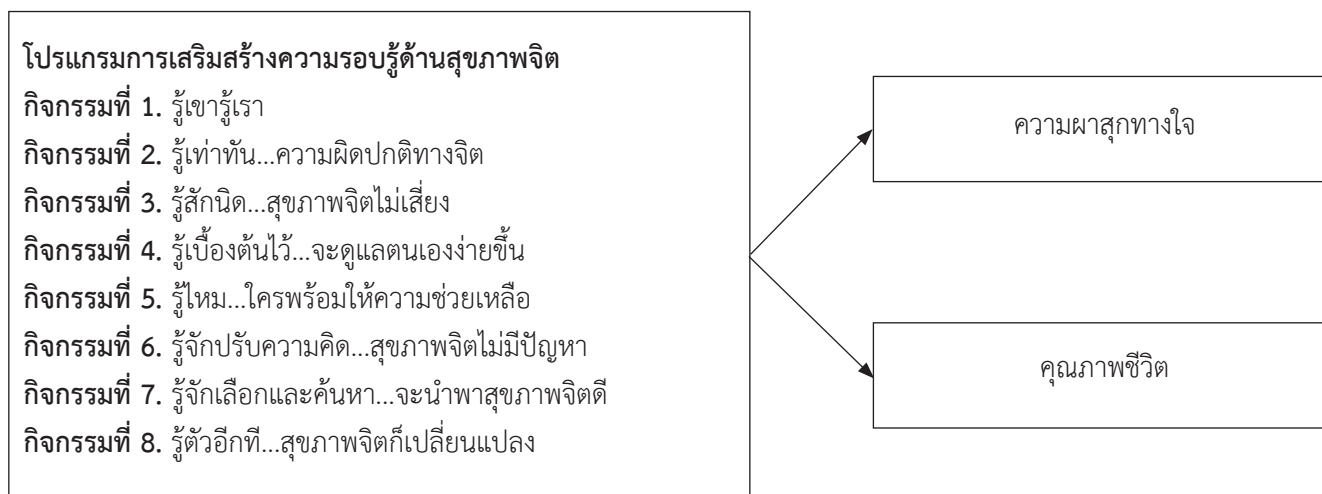
1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของจอม (Jorn)¹⁹ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตประกอบด้วย 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะชีวิตที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ส่งผลให้เข้าใจสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และตระหนักถึงความผิดปกติ รู้วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดปกติ ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต นำไปสู่การเสริมสร้างความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (Quasi-experimental research, pre-test, post-test and one month follow-up design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินจากแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ได้มากกว่า 22 คะแนน 3) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ประเมินจากแบบประเมิน ADL ได้ 12 คะแนนขึ้นไป และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ และ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบระยะเวลา หรือถอนตัวจากการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการ Power analysis ด้วยโปรแกรม G*Power 3 กำหนดความคลาดเคลื่อนการสุ่ม (alpha) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 และอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางของสถิติ ANOVA เท่ากับ 0.25²⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มร้อยละ 10 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยมีการจับคู่ให้คล้ายคลึงในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และแหล่งบริการสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยภายใต้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm¹⁹ ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันอังคารและวันพฤหัสบดี ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้เกิดการเรียนรู้ทั้งนี้โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน โดยมีค่าความคิดเห็นที่สอดคล้อง (inter-rater opinion) 0.99 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 8 คน พบว่า มีความเหมาะสมด้านเนื้อหาและระยะเวลา นำไปใช้ได้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และแหล่งบริการสุขภาพที่ใช้ประจำ

2.2 แบบประเมินความผาสุกทางใจ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความผาสุกทางใจ²⁵ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้คะแนน 1-4 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 18 ข้อ ค่าคะแนนที่สูงแสดงถึงมีความผาสุกทางใจสูง ผลการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRES-THAI)²⁶ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า

(rating scale) 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 คะแนน ประกอบด้วย
ข้อคำถามรวม 26 ข้อ ค่าคะแนนที่สูงแสดงถึงมีคุณภาพชีวิตสูง
ผลการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท ได้รับ
เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No.BCNPB12/2566 วันที่
25 ตุลาคม 2566 หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
ถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ
สิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดย
ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อลง
ในแบบสอบถาม และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่ม
ตัวอย่างทราบรายละเอียดและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลง
นามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อย่างไรก็ตามกลุ่ม
ตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม
ข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง
มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความผาสุกทางใจ
และคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นให้กลุ่ม
ควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลพระพุทธบาท และนัดหมายกลุ่มควบคุม ประเมินความ
ผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่
4 และระยะติดตามผล 1 เดือนในสัปดาห์ที่ 8 ใช้ระยะเวลาใน
การตอบแบบสอบถามแต่ละครั้งประมาณ 20-30 นาที

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความผาสุกทางใจ
และคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 จากนั้นให้
กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพจิต 8 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
ใช้เวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมฯ
ทำการประเมินความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลัง
การทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผล 1 เดือนใน
สัปดาห์ที่ 16 ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละครั้ง
ประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา
ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูล
ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้
สถิติไคสแควร์ (chi-square test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจ
และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ในระยะก่อนการทดลอง ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล
เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ
(independent t-test)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจ
และคุณภาพชีวิตระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสอง
ทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA)
และภายในกลุ่มทดลองวิเคราะห์ด้วยสถิติความแปรปรวน
แบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่า
คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
ในแต่ละระยะ จะทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี
บอนเฟอร์โรนี (bonferroni)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 80.65 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 96.77
สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.65 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญา
ตรี ร้อยละ 45.16 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.94 และแหล่ง
บริการสุขภาพที่ใช้ประจำ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ร้อยละ 77.42 เท่าๆ กัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล
ระหว่างสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$)

2. คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลองไม่
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .39, p = .69$ และ
 $t = .46, p = .65$ ตามลำดับ)

3. ผลการเปรียบเทียบความผาสุกทางใจและ
คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อน
การทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความพึงพอใจ				
ระหว่างกลุ่ม				
วิธีการทดลอง	1	1301.42	1301.42	4.12*
ความคลาดเคลื่อน	60	18973.51	316.23	
ภายในกลุ่ม				
ระยะเวลา	2	579.56	289.78	5.68**
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	2	1009.45	504.73	9.89****
ความคลาดเคลื่อน	120	6125.66	51.05	
คุณภาพชีวิต				
ระหว่างกลุ่ม				
วิธีการทดลอง	1	5506.15	5506.15	11.36***
ความคลาดเคลื่อน	60	29075.66	484.59	
ภายในกลุ่ม				
ระยะเวลา	2	4895.13	2447.57	11.98****
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	2	4715.50	2357.75	11.54****
ความคลาดเคลื่อน	120	24511.38	204.26	

**** $p < .001$, *** $p = .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$ (*, **, ***, **** Sphericity Assumed)

ตารางที่ 1 พบว่า วิธีการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,120) = 9.89$, $p < .001$, $F(2,120) = 11.54$, $p < .001$) แสดงว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต และพบว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(1,60) = 4.12$, $p < .05$, $F(2,120) = 5.68$, $p < .01$ และ $F(1,60) = 11.36$, $p = .001$, $F(2,120) = 11.98$, $p < .001$] ตามลำดับ] โดยระยะหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($F(1,60) = 4.12$, $p < .05$ และ $F(1,60) = 11.36$, $p = .001$ ตามลำดับ) และในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,120) = 5.68$, $p < .01$ และ $F(2,120) = 11.98$, $p < .001$ ตามลำดับ)

4. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในแต่ละระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี bonferroni ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 31)

ระยะเวลา	Mean (S.D.)	Mean difference		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
ความผาสุกทางใจ				
ก่อนการทดลอง	45.29 (14.31)	-	-	-
หลังการทดลอง	53.90 (10.60)	8.61*	-	-
ระยะติดตามผล 1 เดือน	54.03 (11.90)	8.74*	0.13*	-
คุณภาพชีวิต				
ก่อนการทดลอง	72.39 (19.18)	-	-	-
หลังการทดลอง	86.87 (11.97)	14.48**	-	-
ระยะติดตามผล 1 เดือน	97.16 (13.41)	24.77***	10.29*	-

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

ตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน และหลังการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ก่อนการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองนั้นได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Jorm¹⁹ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 ด้าน ซึ่งผู้สูงอายุได้เรียนรู้และเข้าใจองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตครบ 6 ด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิต และสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ และค้นหาแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพจิตที่น่าเชื่อถือได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้สูงอายุจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมกลุ่มที่ว่า “ป้าคิดว่า

สุขภาพจิตมันสำคัญกับเรานะ ป้า ๆ ลุง ๆ ก็แก่แล้ว รู้วิธีการดูแลไว้มันดีมาก จะได้ไม่ต้องเกิดปัญหาสุขภาพจิต” หรือ “ลุงเห็นข้างบ้านเค้าก็มีอาการแบบที่พวกหนูว่ากันนะ โวยวาย ไม่นอน แม่มั่นใจว่าโดนของ เลยพาไปอาบน้ำมนต์ ก็ไม่หาย ลุงบอกให้แม่มั่นใจพาไปรักษา กินยา จะได้หาย” ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น¹⁹ และเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตก็จะเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน^{10,18} จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติที่มีความรอบรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายจะมีความรู้เรื่องสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายที่ถูกต้อง ตระหนักถึงอาการที่ผิดปกติ รวมถึงค้นหาข้อมูลและวิธีการดูแลที่จะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ²⁷

เมื่อติดตามผล 1 เดือน พบว่า เกิดความยั่งยืนของโปรแกรมฯ ที่ทำให้ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มทดลองยังสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมในโปรแกรมฯ ไปใช้ดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ จึงเป็นการช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทั้ง 6 ด้านให้ยังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าหลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปประกอบการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

2. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น เพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต

3. อาจารย์พยาบาลสามารถนำกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปสอดแทรกในกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อให้นักศึกษารู้เท่าทันสุขภาพจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นต้น เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เพิ่มขึ้น

References

1. Noto S. Perspectives on aging and quality of life. Healthcare (Basel) 2023; 11(15): 1-11.
2. Ismail Z, Ahmad WIW, Hamjah SH, Astina IK. The impact of population ageing: a review. Iranian Journal of Public Health 2021; 50(12): 2451-60.
3. Chuanwan S, Thianlai K, Choorat W, Thuenklin P, Somta S. Research brief “social access to the BGI system”. Nakhonpathom: Institute for population and social research, Mahidol University; 2022. (in Thai)
4. United Nations. World population prospects 2019: highlights (ST/ESA/SER.A/423). New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019.
5. Tamdee P. Agency, society and culture: conditions promoting active ageing in older persons in Chiang Mai. Journal of Social Sciences 2017; 47(2): 109-31. (in Thai)
6. Jongrat K, Ridchuayrod S, Wongmek N, Rattanakhot N. Health status and quality of life of dependent elderly in Thungsong Municipality, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health Science 2019; 28(6): 13-20. (in Thai)
7. Piriyaikulkit C & Wanchai A. Decision making to participate in the elderly club’s activities and needs for the elderly club’s activities among elders in Phitsanulok Municipality. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2019; 11(1): 238-51. (in Thai)
8. Ryff CD & Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology 1995; 69(4): 719-27. doi: 10.1037//0022-3514.69.4.719.
9. Thongsuk Y, Vatanasin D, Hengudomsab P. Factor Influencing psychological well-being among older adults. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2019; 33(1): 95-110. (in Thai)
10. Boonpichachan P, Panuthai S, Tamdee D. Mental health literacy and psychological well-being among dependent elders. Nursing Journal CMU 2022; 49(1): 186-99. (in Thai)
11. 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)
12. Jena N, Das S, Deo HK. Quality of life, psychological well-being and depression among elderly: a co relational study. Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities 2018; 4(2): 555635. doi: 10.19080/GJIDD.2018.04.555635.
13. The WHOQOL Group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of Life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer; 1994.

14. Kabmanee N, Ouicharoen S, Sakulkoo P. The quality of life of the elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udonrthani. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin* 2021; 11(1): 27-39. (in Thai).
15. Lasing S, Glangkarn S, Tongsir S. Improving quality of life for the elderly by community participation. *Academic Journal of Community Public Health* 2020; 6(2): 29-40. (in Thai).
16. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Quality of life: a study of elderly in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(3): 64-70. (in Thai).
17. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.
18. Jafari A, Nejatian M, Momeniyan V, Barsalani FR, Tehrani H. Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BioMed Central Psychiatry* 2021; 21(1): 1-11.
19. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 177(5): 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396.
20. Tambling RR, D'Aniello C, Russell BS, Mental health literacy: a critical target for narrowing racial disparities in behavioral Health. *International Journal of Mental Health and Addictions* 2023; 21(3): 1867-81. doi: 10.1007/s11469-021-00694-w.
21. Kim YS, Lee HY, Lee MH, Simms T, Park BH. Mental health literacy in Korean older adults: a cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2017; 24(7): 523-33. doi: 10.1111/jpm.12395.
22. Udonsat S, Sobut P, Hemnoot N, Bundasak T. Factors related to mental health literacy among older adults in community. *Huachiew Chalermprakiet University Journal* 2023; 27(2): 258-73. (in Thai)
23. Poonwong P. The effects of a mental health literacy enhancement program on nursing student mental health status. (thesis). Bangkok: Thammasat University; 2022. (in Thai)
24. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
25. Wichitsiri P & Sawangsopakul B. Wisdom, social support and psychological well-being of elderly in the elderly club at Wat Sarod Rat Burana District. *Bangkok Journal of Social Sciences and Humanities* 2012; 38(2): 139-51. (in Thai)
26. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W, Wongsuwan K, Pornmanajiragul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Chaing Mai: Suanprung hospital; 1997. (in Thai)
27. Kraithaworn P & Noinam S. Depression and suicide literacy and mental health seeking behavior among family caregivers of older people in community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021; 22(2): 260-9. (in Thai)

การพัฒนาและ การใช้ แนวปฏิบัติ การส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

Development and Implementation of a Postoperative Patient Handoff Guideline in a Postoperative Anesthesia Care Unit

ธัญวิทย์ นิลพุด¹ สุภารัตน์ วังศรีคุณ^{*2} นัทธมน วุฒานนท์²

Thanyawit Ninlaphut¹ Suparat Wangsrikhun^{*2} Nuttamon Vuttanon²

¹คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

¹Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand 10400

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200

²Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Thailand 50200

บทคัดย่อ

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย การวิจัยดำเนินการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างระยะการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในทีมวิสัญญี ซึ่งทำหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูล 31 คน พยาบาลห้องพักฟื้นซึ่งทำหน้าที่ในการรับข้อมูล 9 คน และข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล แบ่งเป็นข้อมูลก่อนใช้และขณะใช้ แนวปฏิบัติ จำนวน 50 และ 55 ข้อมูล ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และแบบสอบถามความพึงพอใจของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.98 และ 0.93 ตามลำดับ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด 2) กระบวนการส่งต่อข้อมูล และ 3) วิธีการส่งต่อข้อมูลและข้อมูลที่ส่งต่อ ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.00 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ เป็นร้อยละ 87.27 ความพึงพอใจของการได้รับข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.00 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ เป็นร้อยละ 85.45 และการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูลลดลงจากร้อยละ 58.00 เป็นร้อยละ 14.55 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพที่ดี ทำให้การส่งต่อข้อมูลมีความสมบูรณ์และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งลดจำนวนครั้งของการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

คำสำคัญ: การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย, ความสมบูรณ์การส่งต่อข้อมูล, ความพึงพอใจของการได้รับข้อมูล, ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

Abstract

Postoperative patient handoff is crucial for patient safety and continuity of patient care. This implementation research aimed to develop a postoperative patient handoff guideline in a postoperative anesthesia care unit and to examine its effectiveness. Participants in the guideline implementation phase were 31 nurses in the anesthetic team who delivered the handoff, 9 post-anesthetic care unit nurses who received the handoff, and the handoff patient's data, which included 50 patients' data before implementing

*Corresponding Author: *E-mail: suparat.w@cmu.ac.th

the guideline and 55 patients' data during the implementation. The instrument for data collection was comprised of the Completeness of Handoff Information Evaluation Form and the Adequacy of Handoff Information Questionnaire, which were developed by the researcher based on a literature review. They were checked for their content validity by 5 experts and yielded the item-objective congruence indexes of 0.98 and 0.93, respectively. The developed guideline had three components, including 1) preparation before transferring patients from the operating room, 2) the handoff process, and 3) the handoff method and handoff information. During the guideline implementation, the completeness of handoff information increased from 14.00% before implementation to 87.27%, the adequacy of handoff information increased from 42.00 % to 85.45%, and the percentage of callbacks for further information decreased from 58.00 % to 14.55%. The study findings reveal that the developed guideline is effective for increasing the completeness and adequacy of handoff information, as well as decreasing the number of callbacks for further information after handoff.

Keyword: Patient handoff, Completeness of handoff, Adequacy of handoff, Postoperative patient

บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จะได้รับยาตามสลับทางท่อนายใจร่วมกับการให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ และยาหย่อนกล้ามเนื้อในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งยาเหล่านี้จะออกฤทธิ์กดการตอบสนอง (reflex) ต่าง ๆ ของร่างกาย ทั้งระบบประสาทที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ และระบบประสาทอัตโนมัติ รวมทั้งกล้ามเนื้อผู้ป่วยจะหย่อนตัวตลอดเวลาผ่าตัด¹ เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดมายังห้องพักฟื้นเพื่อเฝ้าติดตามอาการ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากทีมวิสัญญีพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ดูแลในระยะผ่าตัดอย่างถูกต้อง และครบถ้วน เพื่อให้มีข้อมูลที่จำเป็นเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกระหว่างทีมวิสัญญีกับพยาบาลห้องพักฟื้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดได้สูง² จากปัจจัยทั้งด้านผู้ป่วย ด้านทีมสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมในห้องพักฟื้น³ ในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังรู้สึกตัวไม่เต็มที่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากยาระงับความรู้สึกที่ยังมีฤทธิ์หลงเหลือ^{4,5} และการเปลี่ยนแปลงอาการในระยะแรกหลังผ่าตัด⁶ ในขณะที่ทีมวิสัญญีซึ่งทำหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูลต้องส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและครอบคลุมแก่พยาบาลห้องพักฟื้นในระยะเวลาจำกัด⁴ รวมทั้งระหว่าง

ส่งต่อข้อมูลอาจมีการรบกวนหรือขัดจังหวะการส่งต่อข้อมูลจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย⁴ เช่น การเชื่อมต่ออุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

การส่งต่อข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ครบถ้วนหรือไม่พอเพียงเป็นสาเหตุของความผิดพลาดในการดูแลรักษาที่พบได้บ่อย⁷ การส่งต่อข้อมูลที่มีความครอบคลุมและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยลดการติดต่อกลับของทีมงานพยาบาลในห้องพักฟื้นไปยังทีมวิสัญญีเพื่อขอข้อมูลซ้ำ^{8,9} ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ไม่เกิดความล่าช้า รวมทั้งช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้^{4,9}

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดนั้น ผู้ส่งต่อข้อมูลต้องส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลาอย่างเหมาะสม⁴ ปัจจุบันการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นภาควิชาชีพศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยงานนโยบายการใช้ไอเอสบาร์ โมเดล เป็นกรอบในการส่งต่อข้อมูล แต่ยังไม่มีเครื่องมือและแนวปฏิบัติในการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน ทำให้การส่งต่อข้อมูลระหว่างวิสัญญีพยาบาลกับพยาบาลห้องพักฟื้นมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล บางครั้งการส่งต่อข้อมูลเกิดขึ้นในขณะที่พยาบาลห้องพักฟื้นกำลังติดอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ และบางครั้งการส่งต่อข้อมูลยังถูกรบกวนหรือ

ขัดจังหวะจากกิจกรรมอื่น ทำให้เกิดความเสี่ยงที่ข้อมูลสำคัญจะขาดหายระหว่างการส่งต่อข้อมูล จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัยโดยใช้รายการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2564 พบความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น 14 ครั้ง จาก 59 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.73 ซึ่งสะท้อนถึงโอกาสในการพัฒนากระบวนการส่งต่อข้อมูลของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁰ แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของการจัดทำแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติ 7) จัดเตรียมแนวปฏิบัติ 8) การเตรียมผู้ปฏิบัติก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง 9) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ 10) การประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ 11) การนำเสนอข้อมูลและสรุปผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ และ 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา และระยะที่ 2 ระยะการใช้แนวปฏิบัติ ครอบคลุมการเตรียมการและการเผยแพร่แนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และความพอใจของการได้รับข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด แนวปฏิบัติในการส่งต่อข้อมูลที่พัฒนาและนำไปใช้อย่างเป็นระบบ จะช่วยให้เกิดความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และความพอใจของการได้รับข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ (implementation research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง 18 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีประชากร 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย วิทยุแพทย์ 1 คน วิทยุพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนางานคุณภาพ 1 คน พยาบาลห้องพักฟื้น 1 คน และผู้วิจัย 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในทีมวิทยุซึ่งทำหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูล 31 คน และพยาบาลห้องพักฟื้นซึ่งทำหน้าที่ในการรับข้อมูล 9 คน รวม 40 คน โดยผู้วิจัยได้ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 3) ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่ได้รับการส่งต่อ จำนวน 36 ข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะการใช้แนวปฏิบัติ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ปฏิบัติที่ใช้แนวปฏิบัติประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในทีมวิทยุซึ่งทำหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูล 31 คน พยาบาลห้องพักฟื้นซึ่งทำหน้าที่ในการรับข้อมูล 9 คน รวม 40 คน โดยผู้วิจัยได้ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 2) ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่ได้รับการส่งต่อ 105 ข้อมูล แบ่งเป็นข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อก่อนใช้แนวปฏิบัติ 50 ข้อมูล และข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อขณะใช้แนวปฏิบัติ 55 ข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ซึ่งผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติพัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 ของการดำเนินการวิจัย
2. คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ซึ่งผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ พัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 ของการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็น รายการตรวจสอบข้อมูลที่ต้องส่งต่อ ประกอบไปด้วยข้อมูล 5 หมวด ตามไอเอสบาร์ โมเดล ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล (identification) 2) ชื่อ 2) ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด (situation) 4) ชื่อ 3) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (background) 4) ชื่อ 4) การประเมินผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์ (assessment and analysis) 10) ชื่อ และ 5) ข้อเสนอแนะและแผนการดูแลผู้ป่วย (recommendation) 4) ชื่อ โดยกำหนดให้พยาบาลท้องพักฟื้น เป็นผู้ประเมินหลังจากการส่งต่อข้อมูลสิ้นสุดและได้ให้การดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยรายนั้นเรียบร้อยแล้ว ภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที ข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ข้อ ได้แก่ ส่งต่อ ไม่ได้ส่งต่อ ไม่เกี่ยวข้อง การประเมินผลรายหมวด หากมีการประเมิน ส่งต่อ หรือไม่เกี่ยวข้องครบทุกข้อ แปลว่า การส่งต่อข้อมูลหมวดนั้นมีความสมบูรณ์ หากมีการประเมิน ไม่ได้ส่งต่อ ข้อใดข้อหนึ่ง แปลว่า การส่งต่อข้อมูลหมวดนั้นไม่มีความสมบูรณ์ และหากการส่งต่อข้อมูลมีความสมบูรณ์ทุกหมวด แปลว่า การส่งต่อข้อมูลในภาพรวมมีความสมบูรณ์

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจของการได้รับการส่งต่อข้อมูลตามการรับรู้ของพยาบาล มี 1 ข้อ คำถาม มีคำตอบ 2 คำตอบให้เลือก (พอเพียง/ไม่พอเพียง) โดยกำหนดให้พยาบาลท้องพักฟื้นเป็นผู้ประเมินหลังจากการส่งต่อข้อมูลสิ้นสุดและได้ให้การดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยรายนั้นเรียบร้อยแล้ว ภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที และ 2) การติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูล มี 3 ข้อคำถาม ครอบคลุมการติดต่อกลับไปยังทีมวิสัญญีเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูล (ใช่/ไม่ใช่) จำนวนครั้งของการติดต่อ และเรื่องที่ติดต่อกลับ โดยพยาบาลท้องพักฟื้นเป็นผู้ประเมินหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากท้องพักฟื้นแล้ว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติฯ และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติฯ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการระงับความรู้สึก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการระงับความรู้สึก (APN) 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

2. แบบประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และแบบสอบถามความพึงพอใจของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์¹¹ ได้เท่ากับ 0.98 และ 0.93 ตามลำดับ

3. ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล ไปหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลท้องพักฟื้นซึ่งทำหน้าที่ในการประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลที่แต่ละคน จนครบ 9 คน โดยผู้วิจัยรับฟังการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรายเดียวกันกับพยาบาลท้องพักฟื้น ประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลโดยประเมินเป็นอิสระจากกัน จากนั้นทำการหาความเชื่อมั่นจำนวนคนละ 3 เหตุการณ์ ผลการประเมินได้ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลท้องพักฟื้นแต่ละคน เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 113/2565 รหัสโครงการ 2565-EXP081 และจากหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.MURA2023/74 ซึ่งหลังผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น

1) ผู้วิจัยเข้าพบวิสัญญีพยาบาลที่รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพในท้องพักฟื้น และหัวหน้าพยาบาลท้องพักฟื้น เพื่อนำเสนอประเด็นปัญหาในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น และกำหนดขอบเขตของ

การพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยขอบเขตของแนวปฏิบัติ ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดจนถึงการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น

2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น ได้แก่ ผู้วิจัย วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน วิทยาลัยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนางานคุณภาพ 1 ท่าน และพยาบาลห้องพักฟื้น 1 ท่าน

3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายในการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และกลุ่มเป้าหมายในการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

4) กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และความพอใจของการได้รับข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด

5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นด้วย PICO format ดังนี้ Population ได้แก่ “post anesthesia care” “recovery room” “พยาบาลห้องพักฟื้น” Intervention ได้แก่ “handover protocol” “postoperative handover” “การจัดการการส่งเวร” “การส่งต่อข้อมูล” Comparison intervention ได้แก่ “RCTs” “systematic review” “practice guideline” “evidence-based practice” “best practice” Outcome ได้แก่ “postanesthesia complication” “omission errors” “communication error” กำหนดแหล่งสืบค้น ได้แก่ CINAHL, Scopus, PubMed, JBI database, www.tci-thaijo.org เป็นต้น สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เบื้องต้นได้จำนวน 147 เรื่อง จากนั้นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ร่วมกันคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องนำมาจัดระดับความน่าเชื่อถือ¹² และระดับของข้อเสนอนะตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹³ คัดเลือกได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 17 เรื่อง แบ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ Level 2b จำนวน 1 เรื่อง Level 2c จำนวน 8 เรื่อง Level 2d จำนวน 4 เรื่อง Level 3c จำนวน 2 เรื่อง และ Level 4b จำนวน 2 เรื่อง

6) ยกร่างแนวปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ และจัดทำร่างคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ จากนั้นนำร่างแนวปฏิบัติ และร่างคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของเนื้อหา จากนั้นนำมาข้อคิดเห็นมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ

7) เตรียมแผนการเผยแพร่ แผนการใช้แนวปฏิบัติ เตรียมเอกสารประกอบการประชุม ไปสเตอร์ไอเอสบาร์โมเดล และรายการตรวจสอบข้อมูล พร้อมทั้งจัดพิมพ์เล่มแนวปฏิบัติ และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 2 ฉบับ

8) เตรียมผู้ปฏิบัติ โดยจัดประชุมกลุ่มแนะนำการใช้แนวปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดวางเล่มแนวปฏิบัติและคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ พร้อมกับส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์เข้าไลน์กลุ่มเพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติ สะดวกในการใช้งาน

9) ทดลองใช้แนวปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

10) ประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ พบว่ากลุ่มปฏิบัติที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ทุกคนเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในสถานการณ์จริง

11) ผู้วิจัยนำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ แก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ

12) ผู้วิจัยจัดประชุมผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ เพื่อปรึกษาพิจารณาและร่วมกันตัดสินใจถึงการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในหน่วยงาน โดยทุกคนมีความเห็นร่วมกันในการนำแนวปฏิบัติ มาใช้ในหน่วยงาน

ระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

1) ก่อนการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และความพอใจของการได้รับการส่งต่อข้อมูล เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

2) เผยแพร่แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยประชาสัมพันธ์การใช้แนวปฏิบัติผ่านหนังสือแจ้งเวียนในหน่วยงาน จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ใช้แนวปฏิบัติ จัดวางคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ ในตำแหน่งที่เข้าถึงได้ง่าย จัดทำไฟล์ข้อมูลแนวปฏิบัติ และคู่มือในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งสามารถสแกนผ่านคิวอาร์โค้ด รวมทั้งจัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์

3) ใช้แนวปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้นำของหน่วยงานในการกระตุ้นและผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติ จัดให้มีระบบเตือนความจำโดยใช้โปสเตอร์ติด

ผนังห้องพักฟื้นบริเวณเหนือเตียงผู้ป่วย จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ใช้แนวปฏิบัติ ตรวจสอบระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้คำแนะนำและความช่วยเหลือผู้ใช้แนวปฏิบัติ ติดตามสอบถามปัญหา อุปสรรคระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งกระตุ้น สนับสนุน สร้างแรงจูงใจผ่านไลน์กลุ่ม

4) ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลและข้อมูลความพอเพียงของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และนำเสนอในรูปแบบความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น

แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด: ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดควรมีการสรุปข้อมูล การผ่าตัด และข้อควรระวังหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษ รวมทั้งควรมีการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดและพยาบาลท้องพักฟื้น ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2) กระบวนการส่งต่อข้อมูล: ส่งต่อข้อมูลโดยใช้ขั้นตอน เชื่อมต่อ สังเกต ฟัง ส่งต่อและซักถาม (Connect, Observe, Listen, Delegate and Discuss [COLDD])

3) วิธีการส่งต่อข้อมูลและข้อมูลที่ต้องส่งต่อ: ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยวาจาและใช้รายการตรวจสอบเป็นเครื่องมือช่วยในส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลที่ต้องส่งต่อครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก และการผ่าตัด ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย และการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อแนะนำการดูแลผู้ป่วย (identification, situation, background, assessment & analysis and recommendation [ISBAR])

2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น

ตารางที่ 1 ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลกลุ่มก่อนและระหว่างใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น

ข้อมูลที่ส่งต่อ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 50)		ระหว่างใช้แนวปฏิบัติ (n = 55)	
	สมบูรณ์	ไม่สมบูรณ์	สมบูรณ์	ไม่สมบูรณ์
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	46 (92.00)	4 (8.00)	55 (100.00)	0 (00.00)
2. ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด	47 (94.00)	3 (6.00)	55 (100.00)	0 (00.00)
3. ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย	24 (48.00)	26 (52.00)	55 (100.00)	0 (00.00)
4. การประเมินผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์	7 (14.00)	43 (86.00)	55 (100.00)	0 (00.00)
5. ข้อแนะนำและแผนการดูแลผู้ป่วย	10 (20.00)	40 (80.00)	48 (87.27)	7 (12.73)
6. ภาพรวม	7 (14.00)	39 (88.00)	48 (87.27)	7 (12.73)

ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล (ร้อยละ 87.27) เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ 14.00) โดยพบความสมบูรณ์ของการส่งต่อร้อยละ 100 ใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสถานการณ์

ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย และการประเมินผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ความพอเพียงของการได้รับข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดกลุ่มก่อนและระหว่างใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

ความพอเพียงของการได้รับข้อมูล ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 50)		ระหว่างใช้แนวปฏิบัติ (n = 55)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพอเพียงของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ตามการรับรู้ของพยาบาล				
พอเพียง	21	42.00	47	85.45
ไม่พอเพียง	29	58.00	8	14.55
การติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูล				
ต้องติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม	29	58.00	8	14.55
ไม่ต้องติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม	21	42.00	47	85.45

ความพอเพียงของการได้รับข้อมูลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.00 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติเป็นร้อยละ 85.45 ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติฯ และการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูลลดลงจากร้อยละ 58.00 เป็นร้อยละ 14.55 (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการสืบค้นและคัดเลือกอย่างเป็นระบบจำนวน 17 เรื่อง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด กระบวนการส่งต่อข้อมูล และวิธีการส่งต่อข้อมูลและข้อมูลที่ต้องส่งต่อ ในการเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดควรมีการสรุปข้อมูลการผ่าตัด และข้อควรระวังหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษ¹⁴ การสรุปข้อมูลร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด ในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษหรือต้องการการดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อให้พยาบาลห้องพักฟื้นจะช่วยป้องกันการขาดหายไปของข้อมูลและการส่งข้อมูลที่ไม่จำเป็นมากเกินไป¹⁵ นอกจากนี้ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดควรมีการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดและพยาบาลห้องพักฟื้น การประสานงานก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยช่วยให้ทีมพยาบาลห้องพักฟื้นเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย สามารถมอบหมายพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแล

ผู้ป่วยได้ก่อนผู้ป่วยจะมาถึง รวมทั้งจัดเตรียมเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นให้เหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึง¹⁶ ทำให้มีการรับทวนหรือขัดจังหวะขณะส่งต่อข้อมูลลดลง¹⁷

สำหรับกระบวนการส่งต่อข้อมูล มีข้อเสนอแนะให้ส่งต่อข้อมูลโดยใช้ขั้นตอน เชื่อมต่อ สังเกต ฟัง ส่งต่อและซักถาม ซึ่งช่วยลดระยะเวลาการไม่ได้ติดต่ออุปกรณ์ตามสัญญาณชีพให้น้อยที่สุด¹⁴ ทำให้ระหว่างการส่งต่อข้อมูลด้วยวาจาพยาบาลห้องพักฟื้นมีการฟังอย่างตั้งใจ รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลวิสัญญีผู้ส่งต่อข้อมูลและพยาบาลห้องพักฟื้นผู้รับข้อมูล⁴ จากผลการศึกษาที่ผ่านมา⁴ ซึ่งใช้ขั้นตอนดังกล่าวเป็นกรอบในการส่งต่อข้อมูล พบว่าช่วยให้ข้อมูลผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างครบถ้วน มีการรับทวนหรือขัดจังหวะระหว่างการส่งต่อข้อมูลลดลง เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งและรับข้อมูล และเพิ่มคุณภาพการส่งต่อข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญ

วิธีการส่งต่อข้อมูลด้วยวาจาจะรวมกับการใช้รายการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาตรฐานจะช่วยให้ทีมวิสัญญีส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับทีมพยาบาลห้องพักฟื้นได้ถูกต้องครบถ้วนลดการสูญหายของข้อมูลในระหว่างการส่งต่อ^{8,18} ข้อมูลที่ต้องส่งต่อควรครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วย¹⁷ ตามไอเอสบาร์โมเดล ซึ่งเป็นรูปแบบที่สั้น กระชับ ชัดเจน ง่ายต่อจำ จะช่วยลดการสูญหายของข้อมูลการดูแล ลดการส่งต่อข้อมูลที่ไม่จำเป็น ทำให้ผู้ส่งต่อข้อมูลสามารถส่งต่อข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์⁸

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น

เมื่อเทียบกับก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ในระหว่างการใช้นโยบายปฏิบัติฯ มีความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล (ตารางที่ 1) และความพอเพียงของการได้รับข้อมูล (ตารางที่ 2) เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพที่ดีของการใช้แนวปฏิบัติฯ ที่พบในการวิจัยครั้งนี้ น่าจะเป็นผลส่วนหนึ่งจากกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ที่มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถืออย่างเป็นระบบ ทำให้ได้ข้อแนะนำที่มีประสิทธิภาพ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลที่เพิ่มขึ้นระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติฯ น่าจะเป็นผลจากการใช้รายการตรวจสอบมาเป็นเครื่องมือช่วยในการส่งต่อข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁸ การใช้รายการตรวจสอบนั้นเป็นเครื่องมือที่มีโครงสร้างชัดเจน เป็นแนวทางในการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ซับซ้อน¹⁸ สามารถตรวจสอบย้อนหลังว่าข้อมูลที่ส่งต่อครบถ้วนหรือไม่¹⁹ เป็นรูปแบบที่ง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ ช่วยจัดข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ และเชื่อมโยงกับข้อมูลที่ต้องส่ง ซึ่งเกิดความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง^{8,20-22}

นอกจากนี้ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลที่เพิ่มขึ้นระหว่างการใช้นโยบายปฏิบัติฯ น่าจะมีผลจากการกำหนดข้อมูลที่ต้องส่งต่อตามไอเอสบาร์ โมเดล ซึ่งเป็นรูปแบบที่สั้น กระชับ ง่ายต่อจำและการทวนกลับข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้ไอเอสบาร์ โมเดล¹⁷ ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น ส่งผลให้ข้อมูลที่ส่งต่อด้วยวาจามีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 86¹⁷ และเป็นไปทิศทางเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้หลายการศึกษา^{14, 23-25}

ระหว่างใช้นโยบายปฏิบัติฯ พบความพอเพียงของการได้รับข้อมูลฯ เพิ่มขึ้น และจำนวนครั้งการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมลดลง (ตารางที่ 2) ผลลัพธ์ดังกล่าวน่าจะเกิดจากกระบวนการส่งต่อข้อมูลตามขั้นตอนเชื่อมต่อ สังเกต ฟัง ส่งต่อและซักถาม (COLD) ที่ช่วยลดการรบกวนขณะส่งต่อข้อมูลเพราะมีการเชื่อมต่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนการส่งต่อข้อมูล⁴ ทำให้พยาบาลท้องพักฟื้นสามารถฟังอย่างตั้งใจและมีโอกาสในการซักถาม ส่งผลให้เกิดความพอเพียงของการได้รับข้อมูล และลดการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้การสื่อสารก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลท้องพักฟื้นมีการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย ทำให้ระหว่างส่งต่อข้อมูลไม่ถูกขัดจังหวะด้วยกิจกรรมการดูแลที่ไม่สำคัญ¹⁵ ส่งผลให้พยาบาลท้องพักฟื้นรับฟังการส่งต่อข้อมูลอย่างตั้งใจ นำไปสู่ความพอ

เพียงของการได้รับข้อมูล

ประสิทธิภาพที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ น่าจะมีส่วนมาจากการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างจริงจัง ซึ่งเกิดจากกระบวนการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยการใช้แนวปฏิบัติฯ ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำของหน่วยงานทั้งหัวหน้าภาควิชา วิทยาลัยวิทยา หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลท้องพักฟื้นในการกระตุ้นและผลักดันให้เกิดความร่วมมือในใช้นโยบายปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งผู้วิจัยได้นำกลยุทธ์หลายกลยุทธ์มาใช้ในการส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติฯ การใช้กลยุทธ์หลายกลยุทธ์ร่วมกันช่วยส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ดีกว่าการใช้กลยุทธ์ใดกลยุทธ์หนึ่ง²⁶ กลยุทธ์ที่ผู้วิจัยได้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การจัดให้มีสื่อให้ความรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกทั้งแบบรูปเล่มและอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ 2) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการซึ่งช่วยให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความเข้าใจตรงกัน มีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในสถานการณ์จริง^{26,27} 3) การใช้ระบบเตือนความจำ โดยนำติดโปสเตอร์ที่ผนังห้องบริเวณที่มองเห็นได้ชัดเจนส่งต่อข้อมูล และวางเอกสารที่เกี่ยวข้องบริเวณที่มองเห็นได้ชัด เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แก้ปัญหาการลืม ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ง่ายต่อการนำต่อการนำไปใช้ สะดวก และประหยัด มีผลลัพธ์ที่ดี²⁶ 4) การติดตามตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ 5) การใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการสื่อสารและสร้างแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการให้ข้อมูล การจัดส่งเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์และคิวอาร์โค้ด การกระตุ้นเตือน และการสร้างแรงจูงใจในการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการนำแนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นไปใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องและขยายการใช้แนวปฏิบัติฯ ไปยังท้องพักฟื้นอื่น ๆ ทั้งนี้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้จำเป็นต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ แก่ผู้ใช้อย่างทั่วถึง รวมถึงใช้กลยุทธ์หลากหลายเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างจริงจัง จึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อ

ข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นกับผลลัพธ์ผู้ป่วย
เช่น ภาวะพร้อมออกซิเจนในห้องพักฟื้น เป็นต้น

References

1. Naosuwan P. A Retrospective study: the Incidence of Complications in Patients under General Anesthesia Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat. Region 11 Medical Journal. 2018;32 (3):1121-30. (in Thai)
2. Nagpal K, Arora S, Abboudi M, Vats A, Wong HW, Manchanda C, et al. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: a feasibility study. *Annals of surgery*. 2010;252(2):402-7.
3. Wang XL, He M, Feng Y. Handover Patterns in the PACU: A Review of the Literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2021;36(2):136-41.
4. Redley B, Bucknall TK, Evans S, Botti M. Inter-professional clinical handover in post-anaesthetic care units: tools to improve quality and safety. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016;28(5):573-9.
5. Stephenson C, Mohabbat A, Raslau D, Gilman E, Wight E, Kashiwagi D. Management of Common Postoperative Complications. *Mayo Clinic Proceedings*. 2020;95(11):2540-54.
6. Bittner EA, Grecu L, George E. Postoperative Complications. In: Longnecker DE, Brown DL, Newman MF, Zapol WM, editors. *Anesthesiology*, 2e. New York: The McGraw-Hill Companies; 2012.
7. Jaulin F, Lopes T, Martin F. Standardised handover process with checklist improves quality and safety of care in the postanaesthesia care unit: the Postanaesthesia Team Handover trial. *British Journal of Anaesthesia*. 2021;127(6): 962-70.
8. Robins H-M, Dai F. Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. *American Association of Nurse Anesthetists Journal* 2015;83(4):264-8.
9. Robinson NL. Promoting Patient Safety With Perioperative Hand-off Communication. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2016; 31(3):245-53.
10. NHMRC. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Commonwealth of Australia, Canberra. National Health and Medical Research Council; 1999.
11. Turner RC, Carlson L. Indexes of Item-Objective Congruence for Multidimensional Items. *International Journal of Testing*. 2003;3(2): 163-71.
12. The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence 2013. Australia by Solito Fine Colour Printers: The Joanna Briggs Institute; 2014.
13. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Australia by Solito Fine Colour Printers: The Joanna Briggs Institute; 2014.
14. Servas L, Hayes C, Mayhorn T, Milner KA. Navigating the Path to a Sustainable "PACU Pause" and Standardized Perioperative Handoff: A Quality Improvement Project. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2022;37(1): 44-7.
15. Nagpal K, Arora S, Abboudi M, Vats A, Wong HW, Manchanda C, et al. Postoperative handover: problems, pitfalls, and prevention of error. *Annals of surgery*. 2010;252(1):171-6.
16. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, et al. Can We Make Postoperative Patient Handovers Safer? A Systematic Review of the Literature. *Survey of Anesthesiology*. 2012;115(1):102-15.

17. Kaltoft A, Jacobsen YI, Tangsgaard M, Jensen HI. ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2022; 37(1):34-9.
18. López-Parra M, Porcar-Andreu L, Arizu-Puigvert M, Pujol-Caballé G. Cohort Study on the Implementation of a Surgical Checklist from the Operating Room to the Postanesthesia Care Unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2020;35(2):155-9.
19. Burns S, Parikh R, Schuller K. Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2018;13(1):1-5.
20. Potestio C, Mottla J, Kelley E, DeGroot K. Improving Post Anesthesia Care Unit (PACU) Handoff by Implementing a Succinct Checklist. *APSF NEWSLETTER*. 2015;30(1):13-5.
21. Caruso TJ, Marquez JL, Wu DS, Shaffer JA, Balise RR, Groom M, et al. Implementation of a standardized postanesthesia care handoff increases information transfer without increasing handoff duration. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2015; 41(1):35-42.
22. Park LS, Yang G, Tan KS, Wong CH, Oskar S, Borchardt RA, Tollinche LE. Does Checklist Implementation Improve Quantity of Data Transfer: An Observation in Postanesthesia Care Unit (PACU). *The Open Anesthesia Journal*. 2017;7(4):69-82.
23. Kitney P, Tam R, Bennett P, Buttigieg D, Bramley D, Wang W. Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *Journal of Perioperative Nursing*. 2016; 29(1):30-5.
24. Halterman RS, Gaber M, Janjua MST, Hogan GT, Cartwright SMI. Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2019; 34(4):834-41.
25. Leonardsen A-C, Moen EK, Karlsøen G, Hovland T. A Quantitative Study on Personnel's Experiences with Patient Handovers between the Operating Room and the Postoperative Anesthesia Care Unit before and after the Implementation of a Structured Communication Tool. *Nursing Reports*. 2019; 9(1):1-5.
26. NHMRC. How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies. Australia: National Health and Medical Research Council 2000.
27. Pawadee W & Pitchalard K. The development of guidelines for the management of overweight and obesity in the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(1):115-23. (in Thai)

ผลของโปรแกรมทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนต่อการควบคุม ตนเองและการติดเกมออนไลน์ในเด็กที่มีภาวะเสี่ยงติดเกมออนไลน์ The Effects of Virtual Reality-Choice Theory Program on Self-Control and Online Game Addiction Among Children Diagnosed with Risk of Online Game Addiction

วรรณวิภา หรุสกุล จุฑามาศ แหนจอห์น* วรกร ทรัพย์วิระปรกรณ์

Wanwipa Hroosakol Juthamas Haenjohn* Warankorn Supwirapakorn

หน่วยวิจัยและพัฒนาสมอง จิตใจ และการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131

Brain Mind and Learning Research and Department Unit, Faculty of Education, Burapha University,
Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือน ต่อการควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ในเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเกมออนไลน์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กอายุ 10-12 ปี ที่มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมออนไลน์ จำนวน 32 คน สุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนสำหรับเด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ CVRP สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยมี จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ 2) มาตรวัดการควบคุมตนเองแบบสั้น 3) แบบทดสอบการติดเกม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการควบคุมตนเองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P<.05$ กลุ่มทดลองมีคะแนนการติดเกมออนไลน์หลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P<.05$

คำสำคัญ: การควบคุมตนเอง, การติดเกมออนไลน์, ทฤษฎีทางเลือก, ความจริงเสมือน

Abstract

This quasi-experimental research aims to examine the impact of the integrated program based on choice theory and virtual reality on self-control and online game addiction among children diagnosed with online risk game addiction. The samples were the 10-12 years old children who had diagnosed with online risk game addiction and voluntarily participated in the trial. A total of 32 participants were randomly divided into the experimental group and the control group. Each group composed of 16 child. There were 3 research instruments, such as 1) the integrated program based on choice theory and virtual reality for enhancing

self-control and decreasing online game addiction (CVRP), which was designed by the researcher. The CVRP composed of 8 sessions of the psychological and brain training activities, each lasting 50 minutes, conducted twice a week for 3 weeks. 2) Brief Scale of Self-Control (BSCS), and 3) Game addiction screening test (GAST). Data analysis employed Repeated-measures analysis of variance: One between-subject variable and one within-subject variable. Pairwise mean comparisons were conducted using the Bonferroni method.

The results found that. The experimental group had higher self-control after the experiment and the follow-up period than before the experiment. and higher than the control group statistically significant ($P < 0.05$). The experimental group had lower online game addiction after the experiment and the follow-up period than before the experiment. and higher than the control group statistically significant ($P < 0.05$).

Keywords: Self-control, Online game addiction, Choice theory, Virtual reality

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตในปัจจุบัน ส่งผลทั้งผลดี และผลเสียในหลายประการด้วยกัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เติบโตมากับเทคโนโลยีจากการเลี้ยงดูด้วยเครื่องมือทางดิจิทัลเพื่อให้เด็กหยุดนิ่ง ส่งผลกระทบการติดดิจิทัลและเกมออนไลน์ตั้งแต่เด็กตามมา¹ การเล่นเกมออนไลน์เป็นกิจกรรมที่เด็กและวัยรุ่นนิยมสามารถเข้าถึงได้ง่าย ยากต่อการควบคุม ส่งผลเสียต่อร่างกาย ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคมการก่อเหตุร้ายที่มักอ้างถึงพฤติกรรมของเด็กติดเกม เกิดมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เกิดจากหลายปัจจัยด้วยกันที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมติดเกมได้แก่ด้านชีวภาพ จิตใจ ครอบครัวสังคม² พบว่าการติดเกมเป็นความผิดปกติอุบัติใหม่จะมีอาการคล้ายกับการติดสุรา สารเสพติด หรือการพนัน การหมกมุ่นอยู่กับการเล่นเกม สูญเสียการควบคุมการเล่น ไม่สามารถหยุดเล่นได้แม้จะมีผลกระทบด้านลบ³ จะยุติการเล่นได้ยากมีความต้องการอยากเล่นให้ชนะอย่างต่อเนื่อง ลักษณะดังกล่าวเกิดจากกลไกการทำงานที่ผิดปกติเส้นทางของโดปามีน (Dopamine pathways) ระบบรางวัล (แรงจูงใจ) พังพองใจ หมกมุ่น ทำซ้ำทำอย่างต่อเนื่อง และเกี่ยวข้องกับความสุข อารมณ์ กระบวนการของความจำ การนอนหลับ การคิด สมองกับการเสพติด (Brain and addiction) เป็นสาเหตุที่ทำให้ระบบของโดปามีนบกพร่องและสารสื่อประสาทในการควบคุมอารมณ์ทำงานผิดปกติ (Serotonergic dysfunction) ระดับของ Serotonin ลดลง⁴ ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมควบคุมตนเองลดลง⁵ การควบคุมตนเองเป็นผลมาจากหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executive functions: EFs)^{6,7} ผลจากพฤติกรรมติดเกมดังกล่าวอาจนำ

ไปสู่ความโหดร้ายในอนาคต ก่อนที่เด็กจะเข้าสู่การติดเกม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กที่อยู่ในช่วงเสี่ยงติดเกมออนไลน์ ต้องเสริมสร้างการควบคุมตนเอง ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธีจากการใช้ทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการควบคุมตนเอง อาทิ ทฤษฎี Cognitive behavioral therapy (CBT)⁸ ทฤษฎีเผชิญความจริง (Reality therapy)⁹ ทฤษฎีทางเลือก (Choice Theory)¹⁰ โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส¹¹ หรือใช้ Cognitive behavioral therapy (CBT) ร่วมกับความจริงเสมือน¹² ซึ่งวิธีการเหล่านี้สามารถส่งผลต่อการทำงานของสมองพรีฟรอนทอลคอร์เท็กซ์ (Prefrontal cortex: PFC) ที่สำคัญต่อการควบคุมตนเองได้

เทคโนโลยีใหม่ความจริงเสมือน เครื่อง Virtual reality (VR) คือ ลักษณะความเป็นจริงที่เราสัมผัสและเก็บประสบการณ์ได้จากภาพสิ่งแวดล้อมที่มีความใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุด (Near-reality) รวมถึงโปรแกรมและการเลียนแบบที่เสมือนจริงต่อวัตถุประสงค์เฉพาะ¹³ จำลองและถ่ายทอดความรู้สึกและประสบการณ์ตั้งอยู่ในโลกเสมือนจริงผ่านระบบสัญญาณมาจากฮาร์ดแวร์ที่ป้อนตรงต่อประสาทสัมผัสด้านการมองเห็นจากจอแสดงผลแบบสวมศีรษะ สั่งการโดยรีโมทคอนโทรล¹⁴

การศึกษารุ่นนี้จึงมีวัตถุประสงค์ศึกษาผลของโปรแกรมทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนต่อการควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ในเด็กที่มีภาวะเสี่ยงติดเกมออนไลน์ เนื่องจากทฤษฎีทางเลือกเพื่อเผชิญความจริงช่วยสร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว¹⁵ ผ่านขั้นตอนที่ง่ายต่อการปฏิบัติ หากนำมาใช้ร่วมกับเครื่องความจริงเสมือน (VR)¹² จะยังมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ยังสร้างนวัตกรรมที่แตกต่าง

จากรูปแบบการเสริมสร้างการควบคุมตนเองแบบเดิมที่เน้นโปรแกรมการฝึกอบรมทางจิตวิทยา การสร้างประสบการณ์จำลองที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมให้พร้อมต่อการเผชิญกับสถานการณ์จริง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมการติดเกมออนไลน์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนสำหรับเด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ ต่อการควบคุมตนเอง และการติดเกมออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนสำหรับเด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ ต่อการควบคุมตนเอง และการติดเกมออนไลน์ ของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม และระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

1. เด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนมีคะแนนการควบคุมตนเองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนมีคะแนนการติดเกมออนไลน์หลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีทางเลือก ร่วมกับอุปกรณ์ความจริงเสมือน (Virtual reality: VR) พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ตามทฤษฎีทางเลือกที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบพิจารณาความเป็นจริง สามารถเสริมสร้างการควบคุมตนเอง เพื่อลดพฤติกรรมติด โดยศึกษาความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (Basic needs) การประยุกต์กระบวนการผ่านพันธะสัญญาการกำหนดเป้าหมายแบบ WDEP พร้อมเรียนรู้ตามหลักของการเผชิญความจริงเพื่อนำไปสู่การสร้างโลกคุณภาพ (Quality world) โดยการจำลองสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นผ่านเครื่องมือรูปแบบใหม่ความจริงเสมือน (Virtual reality :VR) เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรม

เสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนสำหรับเด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ฉันต้องการอะไร (Want) 3) สิ่งที่เป็นอยู่ตอนนี้ (Doing) 4) คุณค่าของพฤติกรรม (Evaluation) 5) ชีวิตดีที่มีแผน (Plan) 6) มุ่งมั่นสร้างความสำเร็จ 7) โลกคุณภาพเสมือนจริง และ⁸ บูรณาการ/ยุติ โดยการวิจัยนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมตามทฤษฎีทางเลือกเพื่อเสริมสร้างการควบคุมตนเอง และลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมออนไลน์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เลขที่ IRB4-199/2565 ผู้วิจัยติดต่อทางกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยความสมัครใจ มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และจะจัดเก็บข้อมูลวิจัยไว้เป็นความลับและจะเผยแพร่ผลการวิจัยในรูปแบบวิชาการ ที่แสดงผลในภาพรวมเท่านั้น เอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและนำไปทำลาย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบทดสอบการติดเกม ฉบับเด็กและวัยรุ่น Addiction Screening Test (GAST) Child and Adolescent Version¹⁶ อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงติดเกม โดยเพศหญิงต้องมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-22 คะแนน และเพศชายต้องมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-32 คะแนน
2. มาตรวัดการควบคุมตนเองแบบสั้น Brief Scale of Self-Control (BSCS)¹⁷ โดยการนำมาตรวัดการควบคุมตนเองแบบสั้น BSCS จาก Tangney เพื่อแปลเป็นภาษาไทย จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาและภาษาอังกฤษ แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำมาตรวัดไปทดสอบใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency of reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's alpha method) เท่ากับ 0.90 โดยมาตรวจวัดการควบคุมตนเองแบบสั้น BSCS เป็นการให้คะแนนจากตัวบุคคลเอง โดยเกณฑ์การให้คะแนน ที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ 5 ระดับ 1 – 5 โดย 1 ไม่เคยทำเลย - 5 ทำบ่อยมากที่สุด ตามลำดับ การคิดคะแนน ข้อที่ 1,6,8, และ 11 คิดคะแนนปกติ และที่มีความหมายทางลบ ข้อ 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, และ 13 คิดย้อนกลับ ระดับ 5 – 1 คือ 5 ไม่เคยทำเลย - 1 ทำบ่อยมากที่สุด คิดค่าคะแนนรวมที่ได้ค่าการควบคุมตนเองระหว่าง 13-65 คะแนน

3. โปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนสำหรับเด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ การฝึกอบรมทางจิตวิทยาที่สร้างขึ้นจากการบูรณาการทางจิตวิทยาด้วยทฤษฎีทางเลือก (Choice Theory)¹¹ โดยใช้ขั้นตอนของ WDEP ในการสร้างโลกคุณภาพผ่านเครื่องความจริงเสมือน (Virtual reality)¹³ เพื่อเสริมสร้างการควบคุมตนเอง และลดการติดเกมออนไลน์ ที่ไปสู่พฤติกรรมที่พึงปรารถนา หรือโลกคุณภาพ (Quality world) ที่มีความสุข การสร้างโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แต่ละกิจกรรมที่ต้องนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับการดำเนินกิจวัตรประจำวันของเด็กเพื่อนำมาทบทวน และประกอบการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป ซึ่งแต่ละครั้งจะมีการทบทวนการนำกิจกรรมไปปรับใช้ และผลจากการทดสอบโปรแกรม (Try Out) กับบุคคลทั่วไป และเด็กที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครั้ง พัฒนาได้โปรแกรมที่มีจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์¹⁹

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างและประชากร

รับสมัครกลุ่มตัวอย่างทางระบบออนไลน์ หรือสมัครด้วยตนเอง กลุ่มเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี 463 โรงเรียน เด็กที่มีอายุ 10 – 12 ปี ผ่านการประชาสัมพันธ์จากหนังสือเวียนประชาสัมพันธ์ ออกโดยมหาวิทยาลัยบูรพาไปยังโรงเรียนในพื้นที่จังหวัดชลบุรี หรือพื้นที่ใกล้เคียง โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตามคะแนนที่ได้จากการทดสอบการพัฒนาแบบทดสอบการติดเกม ฉบับเด็กและวัยรุ่น (Game Addiction Screening Test)¹⁶ ที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงติดเกม เพศหญิง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-22 คะแนน และเพศชาย มีคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 24-32 คะแนน สามารถอ่านฟังเขียนภาษาไทยได้ ผ่านการตรวจวัดสายตา ไม่มีอาการตาบอดสี ได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมงานวิจัย

2. การดำเนินงานวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนสำหรับเด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ ที่ได้นำมาทำการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi research) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากโปรแกรม G*POWER version 3.1.9.418 Test family ด้วย F-Test ใช้ Statistical test MANOVA: Repeated measures, Between factors ที่ Effect size 0.3 α ที่ $P < 0.05$ (1- β er prob) 0.8 number of group 2 number of measurements 3 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 32 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้ลงตัวจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factor experimental with repeated measures on one factor) โดยแบ่งเป็นก่อนการทดลองหลังการทดลอง และติดตามผลแบ่งการทดลองแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ช่วงก่อนการทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบการติดเกม ฉบับเด็กและวัยรุ่น GAST ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน

2. ช่วงการทดลองห่างจากช่วงก่อนการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มทดลองทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือนสำหรับเด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ ในวันเสาร์และอาทิตย์จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50-60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมดำเนินการตามปกติ

3. ช่วงหลังการทดลอง เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง (Posttest) โดยใช้แบบทดสอบการติดเกม ฉบับเด็ก และวัยรุ่น GAST และ BSCS มาตรวจวัดการควบคุมตนเองแบบสั้น

4. ระยะติดตามผลผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบทดสอบการติดเกม ฉบับเด็กและวัยรุ่น Addiction Screening Test (GAST) และ BSCS มาตรวจวัดการควบคุมตนเองแบบสั้น

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองจากมาตรวัดการควบคุมตนเองแบบสั้น

BSCS และจากการทำแบบทดสอบการติดเกม (GAST) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measures analysis of variance: One between-subject variable and one within-subject variable) เมื่อพบความแตกต่างการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอรโรนี (Bonferroni) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูล และค่าสถิติพื้นฐานของการควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ และ 2) การเปรียบเทียบการควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนเฉลี่ยการควบคุมโดยมาตรการควบคุมตนเองแบบสั้น BSCS ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการควบคุมตนเองใกล้เคียงกัน คะแนนเฉลี่ยเป็น 36.56 (S.D. = 4.690) และ 35.50 (S.D. = 4.953) เมื่อได้รับโปรแกรมหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้น ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลง และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนการควบคุมตนเองสูงขึ้น และกลุ่มควบคุมมีคะแนนที่ลดลง

คะแนนเฉลี่ยการติดเกมจากการทำแบบทดสอบการติดเกม (GAST) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการติดเกม (GAST) ใกล้เคียงกัน คะแนนเฉลี่ยเป็น 25.63 (S.D. = 4.674) และ 25.06 (S.D. = 5.335) ต่อมาหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนการติดเกมลดลง ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงขึ้น ในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนการติดเกมลดลง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนที่สูงขึ้น

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการวัด (N = 16)

Variable	Source of Variation	SS	df	MS	F	p	η^2
BSCS	Between Subjects	3048.739	31	27.191			
	Group	2233.010	1	2233.010*	82.123	.000	.732
	Error	815.729	30	27.191			
	Within Subjects	1658.000	46.008	792.851			
	Interval	177.896	1.438	123.734	9.958*	.001	.249
	Interval X Group	944.146	1.438	656.691	52.848*	.000	.638
	Error (Interval)	535.958	43.132	12.426			
	Total	4706.739	77.008	820.042			
	Between Subjects	2635.167	31	854.889			
	Group	793.500	1	793.500	12.926*	.001	.301
GAST	Error	1841.667	30	61.389			
	Within Subjects	1081.334	48.837	559.551			
	Interval	354.813	1.526	232.487	45.255*	.000	.601
	Interval X Group	491.313	1.526	321.927	62.665*	.000	.676
	Error (Interval)	235.208	45.785	5.137			
	Total	3716.501	79.837	1414.44			

* P<.05

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการวัด (Interval) กับ วิธีการทดลอง (Groups) มีค่า ผลบวกของคะแนนเฉลี่ยเบี่ยงเบนของแต่ละตัวอย่างยกกำลังสอง (SS) เป็น 944.146 มีค่าความแปรปรวนเฉลี่ย (MS)

เป็น 656.691 การแจกแจงค่าเอฟ (F) เป็น 52.848 โดยมีค่า P-value เท่ากับ .000 แสดงว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการวัด (Interval) กับ วิธีการทดลอง (Groups) ส่งผลต่อ คะแนนเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

Variable		ค่าสถิติ	ระยะเวลาการวัด		SS	df	MS	F	P	η^2
			ความตั้งใจจดจ่อ							
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล						
BSCS	M	36.56	45.06	46.69	946.167	1.264	748.648	44.099*	.000	.746
	S.D.	4.690	3.021	3.911						
GAST	M	25.63	17.25	16.38	834.500	2.000	417.250	70.257*	.000	.824
	S.D.	4.674	4.091	3.324						

* $P < .05$

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองในกลุ่มทดลอง มีค่าผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนของแต่ละตัวอย่างยกกำลังสอง (SS) เป็น 946.167 มีค่าความแปรปรวนเฉลี่ย (MS) เป็น 748.648 การแจกแจงค่าเอฟ (F) เป็น 44.099 โดยมีค่า P-value เท่ากับ .000 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง ในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ส่วนผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการติดเกมออนไลน์ในกลุ่มทดลอง มีค่าผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนของแต่ละตัวอย่างยกกำลังสอง (SS) เป็น 834.500 ค่าความแปรปรวนเฉลี่ย (MS) เป็น 417.250 การแจกแจงค่าเอฟ (F) เป็น 70.257 โดยมีค่า P-value เท่ากับ .000 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยการติดเกมออนไลน์ ในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการควบคุมตนเองและการติดเกมออนไลน์ ก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยการวัดความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอร์โรนี

Variable	Source	MD	SE	p
BSCS	หลังทดลอง (45.06) – ก่อนทดลอง (36.56)	8.500*	1.194	.000
	ติดตามผล (46.69) – ก่อนทดลอง (36.56)	10.125*	1.477	.000
	ติดตามผล (46.69) – หลังทดลอง (45.06)	1.625	.645	.071
GAST	หลังทดลอง (17.25) – ก่อนทดลอง (25.63)	-8.375*	.953	.000
	ติดตามผล (16.38) – ก่อนทดลอง (25.63)	-9.250*	.990	.000
	ติดตามผล (16.38) – หลังทดลอง (17.25)	-.875	.584	.464

* $P < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($MD = 8.500$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ รวมทั้งระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง ($MD = 10.125$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ ขณะที่ระยะติดตามกับหลังทดลอง ($MD = 1.625$) ไม่แตกต่างกัน

ส่วนคะแนนเฉลี่ยการติดเกมออนไลน์ของกลุ่มทดลอง หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ($MD = -8.375$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ รวมทั้งระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนทดลอง ($MD = -9.250$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ ขณะที่ ระยะติดตามผลกับหลังทดลอง ($MD = -.875$) ไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. เด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือก ผ่านความจริงเสมือน กลุ่มทดลองมีคะแนนการควบคุมตนเองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ เมื่อผู้ทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือก ผ่านความจริงเสมือน ครบ 8 กิจกรรมแล้ว คะแนนการควบคุมตนเอง (Self-Control) หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมจากคะแนนการควบคุมตนเองที่สูงขึ้น เป็นไปตามทฤษฎีการเลือก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความพอใจของผู้ทดลองที่จะเลือกเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการเสริมสร้างควบคุมตนเอง²⁰ จากกิจกรรมที่ 1 -5 ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงด้วยระบบ WDEP^{21,22} เกิดจากความต้องการทางชีวภาพเพื่อบังคับให้ตนเองทำสิ่งที่ต้องการ เสนอการมีอยู่ของ “โลกแห่งคุณภาพ”²³ พัฒนาพฤติกรรมที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้น และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้น้อยลง หรือจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้หมดไป แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยา นำมาใช้ควบคู่กับเครื่องความจริงเสมือน เพื่อให้เห็นภาพจริงเหมือนกับได้อยู่ในเหตุการณ์จริงของตนเอง เกิดการตระหนักรู้ ต่อผลกระทบของการแสดงพฤติกรรมที่ไม่ส่งผลดีต่อตนเอง นำไปสู่การเพิ่มการควบคุมตนเอง บนความต้องการพื้นฐาน 5 ด้าน²¹ ในการกำหนดพฤติกรรมของตนเอง และเปิดใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ตามกิจกรรมที่ 5 ชีวิตที่ดีมี

แผน นำไปสู่การสร้างโลกคุณภาพ ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมองพรีฟรอนทอลคอร์เท็กซ์ (Prefrontal cortex: PFC) ที่สำคัญต่อการควบคุมตนเอง ก่อนการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง (Self-Control) น้อย หลังจากที่ได้รับโปรแกรม ทั้ง 8 ครั้ง และทำมาตรวัดการควบคุมตนเองแบบสั้น (BSCS) มีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น มีผลที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม มีการควบคุมตนเองดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนการทดลองที่ยังไม่ได้รับโปรแกรม

2. เด็กเสี่ยงติดเกมออนไลน์ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมตนเองด้วยทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือน กลุ่มทดลองมีคะแนนการติดเกมออนไลน์หลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเสี่ยงติดเกมออนไลน์อยู่ในระดับที่เสี่ยงติดเกมออนไลน์ใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง เว้นระยะ 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเสี่ยงติดเกมออนไลน์น้อยลง เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีทางเลือก¹⁹ เพื่อเสริมสร้างการควบคุมตนเองควบคู่กับอุปกรณ์ความจริงเสมือน (VR)¹² ผู้ทดลองได้ปรับพฤติกรรมนำเอาหลักการของโปรแกรมที่ได้รับ ไปปรับเปลี่ยนตามแผนการดำเนินชีวิตที่ได้กำหนดไว้มาประยุกต์ใช้ควบคุมตนเองกับการเล่นเกมอย่างเป็นระบบ²² ซึ่งหลักการแห่งพฤติกรรมนั้น ทำให้ส่งผลต่อควบคุมการเล่นเกมที่ลดลง ป้องกันพฤติกรรมการติดเกม ส่งผลให้กลไกการทำงานของเส้นทางของโดปามีน (Dopamine pathways) และสารสื่อประสาทเป็นปกติ ไม่เกิดความต้องการหมกหมุ่น หรือทำซ้ำ ๆ จากผลคะแนนการเสี่ยงติดเกมออนไลน์ หลังการทดลอง และระยะติดตามผลผู้ทดลองทำแบบทดสอบการติดเกม ฉบับเด็กและวัยรุ่น (GAST) มีผลคะแนนการติดเกมน้อยกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมที่ใช้ควบคู่กับเทคโนโลยีใหม่เครื่อง VR สามารถนำไปปรับใช้ประโยชน์สำหรับโรงเรียนหรือศูนย์การเรียนรู้สำหรับเด็กช่วงอายุ 10-12 ปี ที่ต้องการเสริมสร้างการควบคุมตนเอง และช่วยป้องกันการติดเกมออนไลน์ในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นเพียงการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงติดเกมเท่านั้น หากนำไปพัฒนาต่อควรศึกษาผลของทฤษฎีทางเลือกผ่านความจริงเสมือน ต่อการควบคุมตนเอง และการติดเกมออนไลน์ ในกลุ่มที่มีความเฉพาะเป็นประเภทติดเกมอย่างรุนแรง หรือติดเกมอื่น ๆ หรือโทรศัพท์มือถือ เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้สามารถใช้งานได้ครอบคลุมมากขึ้น
2. การวิจัยนี้กำหนดกลุ่ม ช่วงอายุ 10 – 12 ปี โดยไม่ได้กำหนดตามเพศ โดยใช้เกณฑ์เสี่ยงติดเกมเป็นประเด็นหลัก หากการทดลองในครั้งต่อไปเพื่อความชัดเจนแม่นยำขึ้น และเกิดประสิทธิภาพ ควรกำหนด เพศ เพื่อจำนวนเพศของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีประชากรเพศที่ใกล้เคียงกัน

References

1. Chumpanin K. Guideline for A Enhancing Digital Citizenship of Students in Secondary School. Journal of Educational Administration, Khon Kaen University 2021;16 (1) :116-27.(In Thai)
2. Krossbakken E., Torsheim T., Mentzoni R. A., King D., Bjorvatn B., Lorvik L., & Pallesen S. The effectiveness of a parental guide for prevention of problematic video gaming in children: A public health randomized controlled intervention study. Journal of behavioral addictions. 2018;7(1), 52-61.
3. Kuss D., Griffiths M., & Pontes, H. DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Someways forward in overcoming issues and concerns in the gaming studies field: Response to the commentaries. Journal of behavioral addictions. 2017;6(2),133-41.
4. Dingman M, Your brain, explained: what neuroscience reveals about your brain and its quirks;Hachette.UK, 2019.
5. Visesrit U. Effects of Self-control Program of Game Online Addiction of Upper Secondary Education Students at Prakhonchai Pittayakhom School in Buriram Province. (thesis). Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Rajabhat University; 2018. (in Thai)
6. Haenjohn J. Cognitive psychology (3thed). Bangkok, Grandpoint, 2021. (in Thai)
7. Rattanamtong A., Haenjohn J., Supwirapakorn W. Development of Online Acceptance and Commitment Program to Enhance Inhibitory Control on Cyberbullying in Adolescents, Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023;24(1):80-90. (in Thai)
8. Haenjohn J. Impact of Cognitive Training Program on Executive Functions and Working Memory in Teachers in Eastern Economic Corridor. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2): 218-28. (in Thai)
9. Psotka J. Immersive training systems: Virtual reality and education and training. Instructional science, 1995.
10. Uwanoo T. Attitude. In the Encyclopedia of Psychology, Volume 1, Letters A – B, Royal Society Edition. Bangkok: Royal Society of Thailand; 2015. (in Thai)
11. Vilamart K., Haenjohn J., Sirithadakunlaphat S. Development of Program for Promoting Executive Functions of the Brain by Neuro-Linguistic Programming for Secondary School Students With Internet Addiction. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2020;22(3) : 237-46. (in Thai)
12. Park S, Kim S, Roh S, Soh M, Lee S, Kim H, Han D. The effects of a virtual reality treatment program for online gaming addiction. Computer methods and programs in biomedicine. 2016.
13. Kock N. Virtual Reality Technology, Texas A&M International University USA, International journal of e-collaboration, 2006.
14. Verkuyll, M., Romaniuk, D., & Mastrilli P. Virtual gaming simulation of a mental health assessment: A usability study. Nurse Education in Practice, 2018.

15. Cieřlik B., Mazurek J., Rutkowski S., Kiper P., Turolla A., & Szczepańska-Gieracha J. Virtual reality in psychiatric disorders: A systematic review of reviews. *Complementary Therapies in Medicine*.2020.
16. Pornnoppadol C., Sornpaisarn B., Khamklieng K., & Pattana-amorn S. The Development of Game Addiction Screening Test (GAST). *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2014;59(1): 3-14. (in Thai)
17. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, & Lang, A.-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1 Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*;2009.
18. Lindner C., Nagy G. & Retelsdorf J. The Dimensionality of the Brief Self-Control Scale – An Evaluation of Unidimensional and Multidimensional Applications. *Personality and Individual Differences*. 2015.
19. Thanasuwannathan S, Yu-iam S, & Koolnaphadol K. The Effects of Reality Group Counseling on Undergraduate Students' Game Addiction Behavior. *Journal of Education Studies, Burapha University*.2019;1(2):46-61(In Thai)
20. Glasser W. Choice theory: A new psychology of personal freedom. Harper Collins, New York; 1998.
21. Glasser W. Reality therapy in action. Harper Collins, New York; 2000.
22. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy (10th ed.). Cengage Learning, Boston, USA; 2018.
23. Glasser W. Take charge of your life: How to get what you need with choice theory psychology. iUniverse Publishing, Bloomington, Indiana; 2011.

การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการมอบหมายงาน ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชน Tool Development for Delegation for Frist-line Nurse Managers in Community Hospitals

เสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์* เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
Saovaluck Sub-a-phorn* Phechnoy Singchungchai
Christian University, Nakhonpathom, Thailand 73000
มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการมอบหมายงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชน ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 387 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิโดยคำนวณตามสัดส่วนขอประชากรแต่ละชั้น ตามลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพ 12 เครือข่าย เครื่องมือใช้แบบสอบถามด้วยมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง

การวิจัยนี้เพื่อทดสอบสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งและอันดับสอง พบว่า ความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบการมอบหมายงาน ความสอดคล้องระหว่างกรอบแนวคิดกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ χ^2 2nd order = 73.45, df = 58, p = 0.083, CMIN/DF = 1.73, CFI = 1.00, GFI = 0.97, AGFI = 0.95, RMSEA = 0.026) โดยพบว่า มีจำนวนองค์ประกอบทั้งหมด 3 องค์ประกอบ (14 ตัวชี้วัด) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตามเกณฑ์ (λ = .49-.86) ดังนี้ 1) การมอบหมายงานเพื่อพัฒนางาน (5 ตัวชี้วัด) 2) การมอบหมายงานที่ไม่ใช่บทบาทสำคัญจากการบริหาร (4 ตัวชี้วัด) และ 3) การมอบหมายงานที่สมาชิกสามารถทำได้ดี (5 ตัวชี้วัด)

คำสำคัญ: การมอบหมายงาน, ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purposes of this research were developed Delegation of authority tool of Frist-line Nurse Managers in Community hospitals with confirm factor analysis. The samples have 387 First-line Nurse Managers in Community hospitals and chosen by Proportional Stratified Random Sampling. depend on 12 health service networks. The Delegation of Authority questionnaire used five rating scale and got 0.80 content validity index and 0.85 reliability by used Cronbach's alpha coefficient. The statistics used descriptive statistics and Second Order CFA to analyzed data

Corresponding Authors: *E-mail: saovaluck.took@gmail.com

*นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วันที่รับ (received) 24 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (received) 18 ม.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (received) 27 ม.ค. 2567

The major findings were as found the measurement model fit with empirical data. ($\chi^2 = 73.45$, $df = 58$, $p = 0.083$, $CMIN/DF = 1.73$, $CFI = 1.00$, $GFI = 0.97$, $AGFI = 0.95$, $RMSEA = 0.026$) There were 3 factors and 14 indicators with factor loading that met the criteria ($\lambda = .49-.86$) Delegation of authority for developing competency (5 indicators), Delegate tasks not central to the manager's role (4 indicators), and Delegate tasks that can be done better by a subordinate (5 indicators)

Keyword : Delegation, First-line Nurse Managers, Community Hospitals

บทนำ

การมอบหมายงานเป็นเทคนิคการจัดการที่มีประโยชน์อย่างหลากหลายสำหรับผู้บริหารในองค์กร เนื่องจากการมอบหมายงานถือเทคนิคที่สามารถลดภาระงาน เป็นการพัฒนาทักษะและความสามารถของสมาชิกในองค์กร ซึ่งส่งผลให้มีผลการดำเนินงาน (Performance) บรรลุเป้าหมายองค์กร รวมถึงทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน เกิดความผูกพันต่อองค์กร และลดอัตราการลาออกของพนักงานได้ รวมถึงทำให้เกิดความไว้วางใจของทีมอีกด้วย ดังนั้น มอบหมายงานจึงถูกนำมาใช้ในการบริหารจัดการในหลายองค์กร¹ จากการศึกษาส่วนของการบริหาร² พบว่า การมอบหมายงานส่งผลให้เกิดผลการปฏิบัติงานของพนักงานเพิ่มขึ้น รวมถึงทำให้เกิดความพึงพอใจแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น มีความผูกพันต่อองค์กร ลดอัตราการลาออกจากงาน ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในงานและองค์กร ในการศึกษาการมอบหมายอำนาจ³ ในบริบทของผู้บริหารในองค์กรพยาบาล พบว่า การมอบหมายงานมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผลและเสริมสร้างพลังอำนาจ และ ผลการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา⁴ พบว่า การมอบหมายงานทำให้พยาบาลมีทักษะในการบริหารจัดการที่ดีขึ้นและยังส่งผลต่อการเสริมสร้างอำนาจให้กับพยาบาลทำให้มีการดูแลคนไข้ที่ดีตามไปด้วย รวมถึงหลักการมอบหมายงานกล่าวไว้การมอบหมายงานนั้นเป็นการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการมอบหมายงานที่สำคัญอันมีผลต่อผู้ใต้บังคับบัญชา มีการให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความรับผิดชอบในการตัดสินใจ เพื่อมอบอำนาจและหน้าที่ในงานให้กับผู้ใต้บังคับบัญชาอันประกอบด้วยอำนาจที่จะทำการตัดสินใจต่างๆ ในงาน⁵ ตามแนวคิดของยุคค์⁶ หมายถึง การมอบหมายงานควรมีการกำหนดความรับผิดชอบใหม่ให้กับผู้ใต้บังคับบัญชาและมอบอำนาจเพิ่มเติมเพื่อให้ทำงานได้บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือทำงานได้สำเร็จ จากการทบทวนแนวคิดยุคค์ ได้กำหนดมิติของการมอบหมายงานไว้ 6 ด้าน ดังนี้ 1) มอบหมายงานที่

สามารถทำได้แต่สมาชิกคนอื่นทำไม่ได้ 2) มอบหมายที่เร่งด่วนแต่ไม่สำคัญที่สุด 3) มอบหมายงานที่เกี่ยวกับความก้าวหน้าของสมาชิกในองค์กร 4) งานที่มีความยากพอสมควร 5) การมอบหมายงานควรมีทั้งที่พึงพอใจและไม่พึงใจ และ 6) การมอบหมายงานอาจไม่ใช่บทบาทของผู้บังคับบัญชา⁶

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าในด้านการบริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีเครื่องมือการมอบหมายงานที่มีความน่าเชื่อถือและคุณภาพการมอบหมายงาน พบว่า จากการทบทวนเครื่องมือสำหรับการมอบหมายงานในองค์กรบริหารทั้งในต่างประเทศจำนวน 2 เรื่อง แต่ไม่พบในประเทศไทยเรื่องของการพัฒนาเครื่องมือตามบริบท พบว่าส่วนใหญ่เครื่องมือมีการใช้วัดการมอบหมายงานที่แตกต่างกันและไม่ได้วัดเรื่องคุณภาพเครื่องมือ เช่น มีการตรวจความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) แต่ไม่ระบุความตรงของเนื้อหา (Content Validity) พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับทักษะการมอบหมายของหัวหน้าพยาบาลและความสัมพันธ์กับการเสริมอำนาจและความภาคภูมิใจในงานของพยาบาล ได้ประเมินการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับทักษะการมอบหมายงานของหัวหน้าพยาบาลและความสัมพันธ์กับการเพิ่มขีดความสามารถและความภาคภูมิใจในงาน โดยศึกษาการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับทักษะการมอบหมายงานของหัวหน้าพยาบาล ศึกษาทักษะการมอบหมายงาน 8 มิติได้แก่ 1) เน้นให้ทุกคนได้เรียนรู้งานจากการมอบหมายงาน 2) กำหนดลำดับความสำคัญในการทำงาน 3) มุ่งความสนใจไปที่คนทำงานเป็นจุดแข็ง 4) ให้คำแนะนำและกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) เน้นการเรียนรู้แก่ผู้ร่วมงาน 6) เชื่อใจแต่ตรวจสอบได้ 7) ใช้คำติชมเพื่อปรับปรุงการมอบหมาย และ 8) ประเมินตนเองอยู่ระหว่างการมอบหมาย พบว่า พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการมอบหมายงานในทุกมิติสูง (เฉลี่ยร้อยละ 85.44)²

จากที่กล่าวมาแล้วส่วนใหญ่เครื่องมือการมอบหมายงานยังขาดความครบถ้วนของคุณภาพเครื่องมือ โดยเฉพาะการ

ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และยังไม่พบการวิเคราะห์เครื่องมือของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีจำนวน 751 แห่ง⁷ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพ มีความน่าเชื่อถือและมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างในการประเมินหรือวัดการมอบหมายงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อประเมินศักยภาพการบริหารการพยาบาลเพื่อให้เกิดการทำงานมีประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยประยุกต์ตามขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยตามแนวคิดของเดวิสลี⁸

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาเครื่องมือการมอบหมายงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การมอบหมายงาน คือ การให้อำนาจและความรับผิดชอบต่องานหนึ่งของหัวหน้าให้กับลูกน้องหรือทีมงานให้ลูกน้องหรือทีมงานมีสิทธิในการคิดและตัดสินใจในงาน โดยหัวหน้างานจะกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่รวมถึงให้การสนับสนุนที่จำเป็นในการทำงานของลูกน้องหรือทีมงาน⁶ มีคุณลักษณะสำคัญ 6 ประการประกอบด้วย 1) ผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถทำงานชิ้นนี้ได้ดีกว่า (Delegate task that can be done better by a subordinate) เนื่องจากหัวหน้างานมีภาระงานเป็นจำนวนมากจึงขาดเวลาในการทุ่มเทในงานแต่ลูกน้องสามารถทุ่มเทในการทำความเข้าใจในงานได้มากกว่าหัวหน้า 2) มอบหมายที่เร่งด่วนแต่ไม่สำคัญที่สุด (Delegate tasks that are urgent but not high priority) เนื่องจากภาระงานเป็นจำนวนมากและแต่ละงานต่างมีความสำคัญและความเร่งด่วนแตกต่างกัน การมอบหมายงานช่วยลดภาระงานของหัวหน้างานลง โดยหัวหน้างานสามารถทุ่มเทกับงานที่มีความเร่งด่วนและมีความสำคัญมากที่สุดได้ โดยสามารถแจกจ่ายงานที่มีความเร่งด่วนและมีความสำคัญรองลงมาให้กับลูกน้องได้ 3) เพื่อพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพของลูกน้อง (Delegate tasks relevant to a subordinate's career) หัวหน้างานต้องการให้ลูกน้องมีทักษะการทำงานเพิ่มขึ้น การมอบหมายงานจะทำให้เกิดการพัฒนาดตนเองของลูกน้องได้ เพราะเขาได้คิดและลงมือทำด้วยตนเองตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ที่หัวหน้างานมอบหมาย 4) งานที่มอบหมายเหมาะสมกับทักษะความสามารถ (Delegate tasks of appropriate difficulty)

หัวหน้างานมอบหมายงานที่หัวหน้าพิจารณาแล้วมีความเหมาะสมกับทักษะความสามารถของลูกน้องรวมถึงความยากของงานนั้น ว่าเหมาะสมหรือไม่ ลูกน้องสามารถเรียนรู้การทำงาน การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น 5) การมอบหมายงานมีงานที่พึงพอใจและไม่พึงใจ (Delegate both pleasant and unpleasant tasks) หัวหน้างานเลือกงานที่ตนเองชอบและไม่ชอบให้กับลูกน้อง เพราะการมอบหมายงานที่ตนเองไม่ชอบจะทำให้ลูกน้องเกิดความเครียด และก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานลดลง ดังนั้นการมอบหมายงานควรมอบหมายงานที่ลูกน้องชอบด้วย และหากเป็นงานที่ลูกน้องไม่ชอบ ควรเป็นงานที่ลูกน้องสมัครใจแบ่งเบาภาระงานของหัวหน้า และ 6) การมอบหมายงานไม่ใช่หน้าที่สำคัญของผู้บังคับบัญชา (Delegate tasks not central to the manager's role) การมอบหมายงานอาจจะไม่เหมาะสมกับงานบางประเภท หัวหน้างานจำเป็นต้องพิจารณาก่อนที่มอบหมายงานลูกน้อง เช่น การเตรียมการเป้าหมาย การจัดความสำคัญของงาน ทรัพยากรที่ต้องใช้ การประเมินความสามารถของผู้บังคับบัญชาหากพิจารณาแล้วไม่เหมาะสม ควรปรับรูปแบบเป็นการทำงานแบบอื่นแทนได้⁶

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 685 แห่ง⁹ การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้หลักการของการพัฒนาแบบวัด (principle of measurement) ที่จะทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือวิจัยตามหลักการของแสรร์⁹ คือ ต้องมีจำนวนอย่างน้อยประมาณ 20 เท่าของข้อคำถามหรือตัวแปรที่สังเกตได้แต่ต้องไม่ต่ำกว่าจำนวน 100 ตัวอย่าง เพื่อให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้ มีค่าต่ำเกินไป¹⁰ ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ จึงควรมีจำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 360 ราย และเนื่องจากโดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ที่ยอมรับอยู่ในระดับดีถึงดีมาก คือ 100-250 ราย ผู้วิจัยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Proportional Stratified Random Sampling) ตามเครือข่ายบริการสุขภาพ 12 เครือข่าย จึงกำหนดจำนวนตัวอย่างในขั้นต้นจำนวน 360 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (drop-out rate) และ

ความไม่ครบถ้วนของจำนวนตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างโดยใช้วิธีการการสุ่มหยายของตัวอย่าง ร้อยละ 15^{10,11} ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนประมาณ 427 ราย แต่เมื่อเก็บข้อมูลจริงและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพบว่าเหลือแบบสอบถามจำนวน 387 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.36

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการมอบหมายอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การบริหารงานหอผู้ป่วย ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านบริหารการอบรมภาวะผู้นำ การอบรมการสร้างพลังอำนาจ และการอบรมการมอบหมายพลังอำนาจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมอบหมายอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามขั้นตอนการตามแนวคิดของเดวิส 8 มีขั้นตอนดังนี้

- 1) กำหนดแนวคิดทฤษฎีในการสร้างเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแนวคิดการมอบหมายงานของยูก์⁶ มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้ได้บังคับบัญชาสามารถทำงานขั้นนี้ได้ดีกว่า 2) มอบหมายที่เร่งด่วนแต่ไม่สำคัญที่สุด 3) เพื่อพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพของผู้ได้บังคับบัญชา 4) งานที่มอบหมายเหมาะสมกับทักษะ ความสามารถ 5) การมอบหมายงานมีงานที่พึงพอใจและไม่พึงใจ และ 6) การมอบหมายงานไม่ใช่หน้าที่สำคัญของผู้บังคับบัญชา 2) สร้างข้อคำถาม ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ 3) กำหนดรูปแบบการวัดตัวแปร ผู้วิจัยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ Likert scale วัด 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) ใช้น้อย (2 คะแนน) และใช้น้อยที่สุด (1 คะแนน) 4) ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถาม ผู้วิจัยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้างานพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลชุมชนที่มีความรู้และประสบการณ์การบริหารงานของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ นักวิชาการที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นพร้อมกับโครงร่างฉบับย่อและแบบฟอร์มการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพร้อมทั้งการอำนวยความสะดวกในการส่งเอกสารกลับคืนจากผู้ทรงคุณวุฒิถึงผู้วิจัย 5) วิเคราะห์และพิจารณาความตรงของข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

(Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 80 ถือว่าเป็นเครื่องมือเป็นไปตามเกณฑ์¹² 6) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับหัวหน้างานการพยาบาลระดับต้นที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน 7) วิเคราะห์และพิจารณาความเที่ยงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามการมอบหมายงานไปทดลองใช้ (Try out) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และ 8) วิเคราะห์และพิจารณาความเที่ยงของแบบสอบถามอีกครั้ง ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามนี้ไปเก็บข้อมูลจริงและนำมาวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่โครงการวิจัย น.02/2564 วันที่รับรอง 22 กรกฎาคม 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนและได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัยโดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ทราบ ผู้วิจัยให้ผู้ประสานงานการวิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้นซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเวลา ซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยรักษาความลับของแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้กลุ่มตัวอย่างใส่แบบสอบถามในซองเปล่าส่งกลับคืนโดยตรงให้กับผู้วิจัยแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ อยู่ในที่ปลอดภัยและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยคำนวณค่าร้อยละ (Percentage)

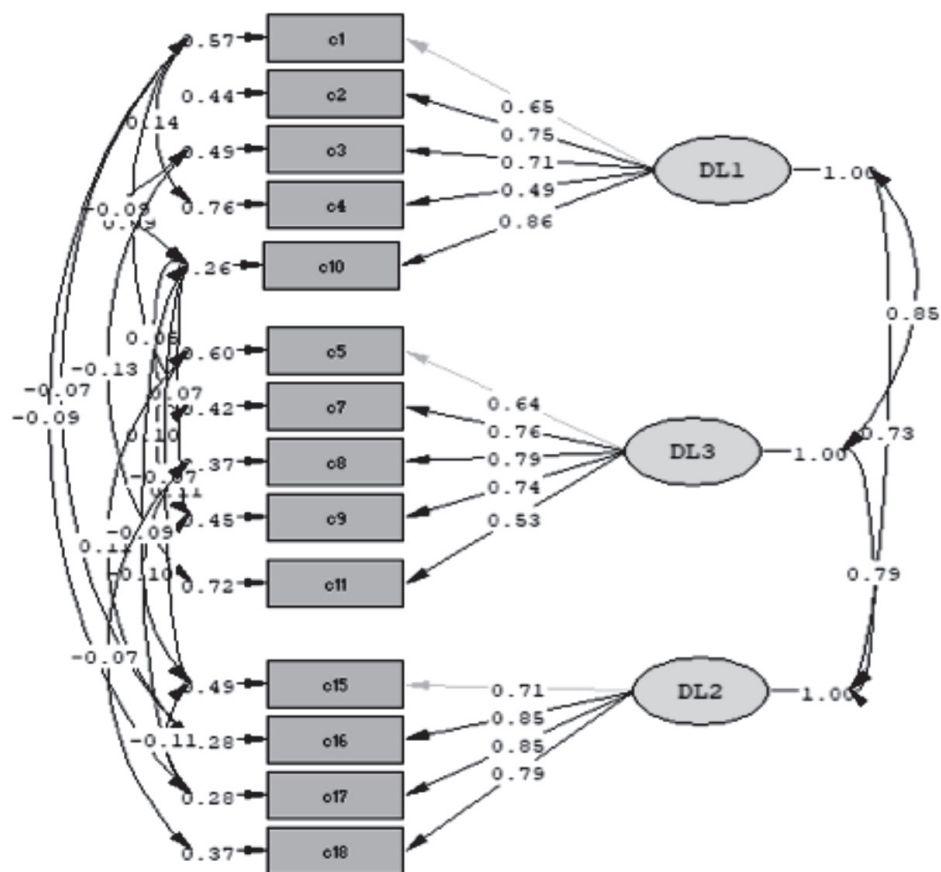
ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง (First Order CFA) และสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second order CFA) โดยข้อมูลมีการทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายปกติ วิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบ (Factor Model) เพื่อทดสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปลิสเรล (Lisrel) กำหนดดัชนีค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบและแสดงว่ามีค่าสถิติที่ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย $p\text{-value} > .05$, $\chi^2/df < 3$, CFI $> .95$, GFI $> .95$, NFI $> .95$, RMSEA $< .05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.40 มีช่วงอายุระหว่าง 51 - 60 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 71.30 มีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 61.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.50 มีประสบการณ์

การบริหารหอผู้ป่วย 10 ปี ขึ้น ร้อยละ 38.80 ไม่เคยมีประสบการณ์มอบหมายงาน ร้อยละ 54.80

ผลการวิจัยนี้ เสนอการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First Order CFA) เพื่อทดสอบความสอดคล้องจำนวนองค์ประกอบการมอบหมายงานตามแนวคิดของยูก์⁶ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second Order CFA) เพื่อทดสอบคุณสมบัติของแต่ละตัวชี้วัดของแต่ละองค์ประกอบว่าสามารถเป็นตัวแทนที่แท้จริงของตัวแปรแฝง (latent variable) ที่ศึกษา และเป็นการยืนยันค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัด (ตัวแปรที่สังเกตได้ หรือ observe variables) พบว่า ความตรงเชิงโครงสร้างของการมอบหมายงานมีความสอดคล้องตามแนวคิดกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพิจารณาจากค่าสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First Order CFA) มีค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์การทดสอบความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบ ($\chi^2 = 73.45$, $df = 58$, $p = 0.083$, CMIN/DF = 1.73, CFI = 1.00, GFI = 0.97, AGFI = 0.95, RMSEA = 0.026) ตามรูปประกอบที่ 1

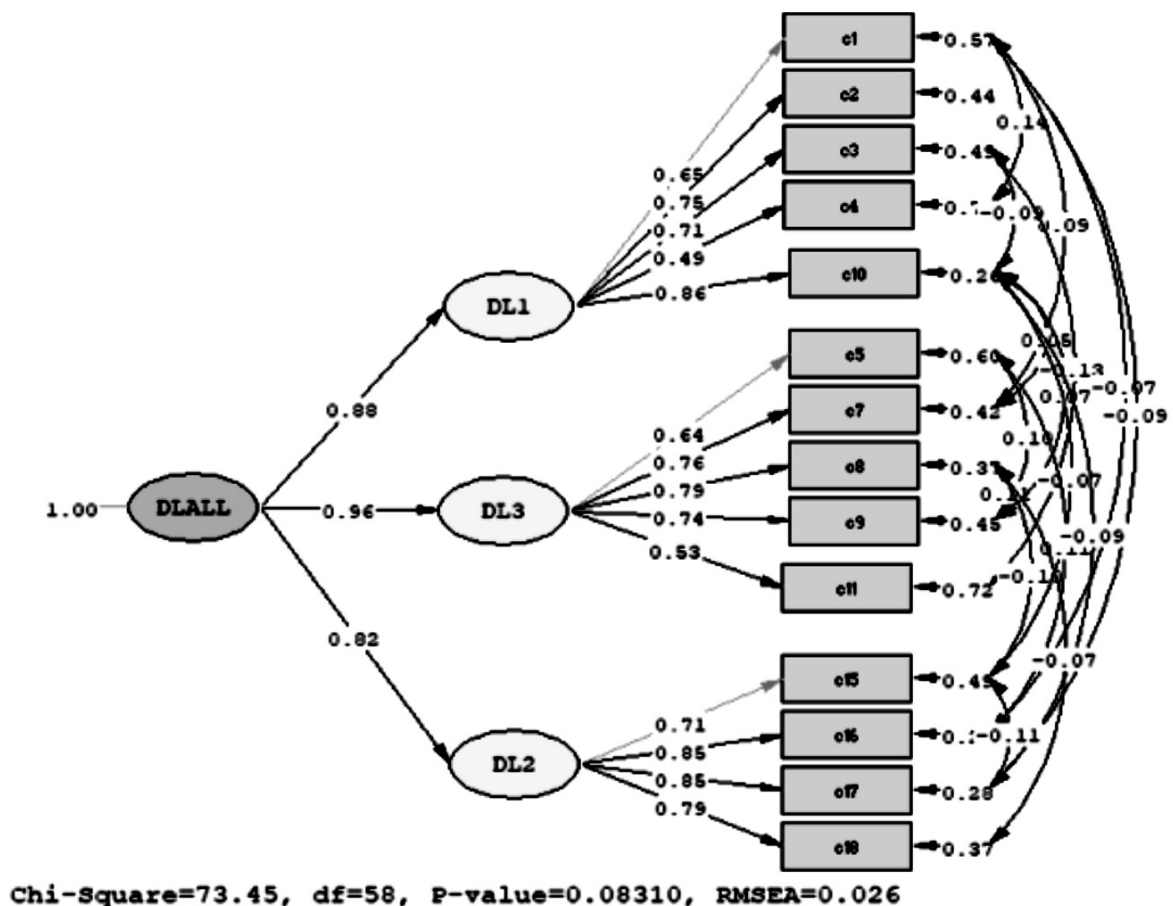


Chi-Square=73.45, df=58, P-value=0.08310, RMSEA=0.026

$\chi^2 = 73.45$, $df = 58$, $p = 0.083$, $CMIN/DF = 1.73$, $CFI = 1.00$, $GFI = 0.97$, $AGFI = 0.95$, $RMSEA = 0.026$
รูปประกอบที่ 1 โมเดลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน
อันดับหนึ่งของการมอบหมายงาน

ส่วนค่าสถิติการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน
อันดับที่สอง (Second Order CFA) ได้ค่าความสอดคล้อง
ของโมเดลองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 73.45$,

$df = 58$, $p = 0.083$, $CMIN/DF = 1.73$, $CFI = 1.00$, $GFI = 0.97$, $AGFI = 0.95$, $RMSEA = 0.026$) สรุปได้ว่ามีจำนวน
องค์ประกอบรวม 3 มิติ ประกอบด้วย จัดลำดับความสำคัญ
ของงานได้ดี ดังนี้ 1) การมอบหมายงานเพื่อการพัฒนา
งาน 2) การมอบหมายงานที่ไม่ใช่บทบาทสำคัญจากการบริหาร
และ 3) การมอบหมายงานที่สมาชิกสามารถทำได้ดี
ดังรูปประกอบที่ 2



$\chi^2 = 73.45$, $df = 58$, $p = 0.083$, $CMIN/DF = 1.73$, $CFI = 1.00$, $GFI = 0.97$, $AGFI = 0.95$, $RMSEA = 0.026$
รูปประกอบที่ 2 โมเดลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน
อันดับสองของการมอบหมายงาน

จำนวนองค์ประกอบการมอบหมายงาน มีจำนวน 3
มิติ มีจำนวน 14 ตัวชี้วัด โดยพบว่า น้ำหนักองค์ประกอบตาม
เกณฑ์ ($\lambda = .49-.86$) (ตามภาพที่ 1) ประกอบด้วย การมอบ
หมายงานเพื่อการพัฒนา (5 ตัวชี้วัด) การมอบหมายงานไม่ใช่
บทบาทสำคัญของผู้บริหาร (4 ตัวชี้วัด) และ การมอบหมายงาน
ที่สามารถทำได้ดีกว่า (5 ตัวชี้วัด) ตามตาราง

ตาราง องค์ประกอบและจำนวนตัวชี้วัดของการมอบหมายงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน

องค์ประกอบ (Latent variables)	จำนวนตัวชี้วัด (Observe variables)	น้ำหนักองค์ประกอบ (λ)	T
1. เพื่อพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพของผู้ได้บังคับบัญชา 3	5	.53-.79	9.89-13.54
2. การมอบหมายงานไม่ใช้หน้าสำคัญของผู้บังคับบัญชา 6	4	.71-.85	13.93-15.15
3. ผู้ได้บังคับบัญชาสามารถทำงานชิ้นนี้ได้ดีกว่า 1	5	.49-.86	9.15-13.04
รวม	14		

$\chi^2 = 73.45$, $df = 58$, $p = 0.083$, $CMIN/DF = 1.73$, $CFI = 1.00$, $GFI = 0.97$, $AGFI = 0.95$, $RMSEA = 0.026$

จากตาราง แสดงองค์ประกอบและจำนวนตัวชี้วัดของการมอบหมายงานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 73.45$, $df = 58$, $p = 0.08$, $CMIN/DF = 1.73$, $CFI = 1.00$, $GFI = 0.97$, $AGFI = 0.95$, $RMSEA = 0.04$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ พบว่า เครื่องมือวัดการมอบหมายงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชนตามแนวคิดของยูก์และของอีมานและคณะ โดยพบว่ามีความสอดคล้องกับ การมอบหมายงาน 3 มิติของยูก์⁶ มิติของการมอบหมายงานที่มีเหมือนกันอยู่ 3 มิติ ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพของผู้ได้บังคับบัญชา (5 ตัวชี้วัด) 2) การมอบหมายงานไม่ใช้บทบาทสำคัญของผู้บังคับบัญชา (4 ตัวชี้วัด) และ 3) ผู้ได้บังคับบัญชาสามารถทำงานชิ้นนี้ได้ดีกว่า (5 ตัวชี้วัด) อภิปรายได้ว่า องค์ประกอบทั้งสามสอดคล้องกับแนวคิดที่ 3 คือ มอบหมายงานเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพของผู้ได้บังคับบัญชา แนวคิดที่ 6 คือ การมอบหมายงานไม่ใช้หน้าที่สำคัญของผู้ได้บังคับบัญชา และแนวคิดที่ 1 คือ ผู้ได้บังคับบัญชาสามารถทำงานชิ้นนี้ได้ดีกว่าตามที่ยูก์ ได้อธิบายไว้ว่าการมอบหมายงานเป็นการมอบหมายความรับผิดชอบ และมอบอำนาจในการปฏิบัติงานให้กับผู้ได้บังคับบัญชา แต่อย่างไรก็ตามยูก์⁶ ได้อธิบายไว้ว่า รูปแบบของการมอบหมายงานมีรูปแบบที่หลากหลาย รวมถึง ระดับของอำนาจในการทำงานที่แตกต่างกัน ตามลักษณะของงาน แต่ลักษณะสำคัญของการมอบหมายงาน จะต้องประกอบด้วย มอบหมายงานหรือมอบหมายความรับผิดชอบที่ผู้ได้บังคับบัญชาไม่เคยทำและมีการทำงานที่แตกต่างกับงานที่เคยทำอยู่และให้อำนาจที่เหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมาย นอกจากนั้นยังพบว่า

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา² ที่สรุปองค์ประกอบของการมอบหมายงานของพยาบาล ออกเป็น 8 มิติ ประกอบด้วย 1) เน้นให้ทุกคนได้เรียนรู้งานจากการมอบหมายงาน 2) กำหนดลำดับความสำคัญในการทำงาน 3) มุ่งความสนใจไปที่คนทำงานเป็นจุดแข็ง 4) ให้คำแนะนำและกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) เน้นการเรียนรู้แก่ผู้ร่วมงาน 6) เชื่อใจแต่ตรวจสอบได้ 7) ใช้คำติชมเพื่อปรับปรุงการมอบหมาย และ 8) ประเมินตนเองอยู่ระหว่างการมอบหมาย พบว่ามีองค์ประกอบที่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะรูปแบบการทำงานของพยาบาลที่ต่างกัน คือ ในการศึกษา² เป็นการศึกษาพยาบาลที่ทำงานในบริบทของการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ในการศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับหัวหน้าพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมทำให้องค์ประกอบที่ได้มีความแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือวัดการมอบหมายงานของพยาบาลที่ใกล้เคียงกับการศึกษารั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเดียวกันแต่แตกต่างกันที่การกำหนดนิยามที่มีความแตกต่างกัน ตามมุมมองของการมอบหมายงานที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษา¹³ ที่พัฒนาแบบวัดการมอบหมายงานขึ้น โดยใช้กับหัวหน้างานพยาบาลและวัดระดับของการมอบหมายงานและความคิดเห็นต่อการมอบหมายงาน ในการศึกษา¹⁴ ที่พัฒนาแบบวัดการมอบหมายงานให้กับหัวหน้างานพยาบาล โดย นิยามเกี่ยวกับความสามารถในการมอบหมายงานของหัวหน้างานพยาบาล และการศึกษา¹⁵ ที่พัฒนาแบบวัดการมอบหมายงาน สำหรับหัวหน้างานพยาบาลเหมือนกัน และนิยามการมอบหมายงานเป็นรูปแบบการมอบหมายงานอย่างเป็นระบบการทำงานของพยาบาล

นอกจากนั้นยังพบว่า ลักษณะการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ ระดับการตัดสินใจ

ใจในการวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งของพยาบาล อัตราการขาดแคลนของพยาบาลในแต่ละพื้นที่ รวมถึงการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่หลากหลายปัญหาทำให้ประสบกับสถานการณ์ที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจในการให้บริการการพยาบาล ส่งผลให้เกิดการนิยามรูปแบบของการมอบหมายงานที่หลากหลายตามบริบทของการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพทำ โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและตามความรู้ความสามารถและให้โอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นจึงทำให้พยาบาลวิชาชีพแสดงความสามารถของตนเองออกมาอย่างเต็มที่^{16,17,18,19}

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการวิจัย พบว่า แบบวัดการมอบหมายงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชนผู้บริหารสามารถนำแบบวัดนี้ไปใช้ประเมินการมอบหมายงานของหัวหน้างานพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนได้ หากนำแบบวัดนี้ไปใช้พยาบาลตำแหน่งอื่น ๆ หรือโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ ควรมีการทดสอบความตรงและความเที่ยงของแบบวัดก่อนนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

จากการการศึกษาครั้งนี้

1. ควรนำเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ไปศึกษาเชิงสาเหตุกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานเพื่อขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการมอบหมายงาน
2. ควรมีการศึกษาความตรงเชิงจำแนก (Discriminant Validity) ของแบบวัดการมอบหมายงานที่สร้างขึ้นกับตัวแปรอื่น ๆ เพื่อให้ได้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพมากขึ้น
3. ควรมีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) เพื่อทำความเข้าใจบริบทของอาชีพที่มีความแตกต่างกันในบทบาทหน้าที่และส่งผลต่อองค์ประกอบของการมอบหมายงาน

References

1. Vdovenko T. Delegation of Authority in Terms of European Integration. Journal of Danubian Studies and Research 2022; 12(2): 122-9.
2. Etway E A E, & Elewa A H. Nurses perception regarding nurse managers delegation skills and its relation to their job empowerment and loyalty. Journal of Nursing and Health Science 2020; 9(4):70-1.
3. Korany A A, Araf S M, Ali R M N. Delegation and its relation to job involvement as perceived by staff nurses in selected hospital in Minia Governorate. Minia Scientific Nursing journal 2019; 6(1): 78-85.
4. Yorgancilar F E, Ozluk B. Assessment of Delegation of Authority Levels of Nurse Managers: A Descriptive Cross-Sectional Study. International Journal of Caring Sciences 2020 ;15(2): 283-92.
5. Yukl G, Fu P P. Determinants of delegation and consultation by managers. Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior 1999; 20(2): 219-32.
6. Yukl G. Leadership in organizations. 8thed. New Jersey: Prentice Hal 2013; 105-134.
7. Health Administration Division. Ministry of Public Health. 2021.
8. DeVellis, R. F. Scale development: Theory and application. Newbury Park, CA: Sage. 2012.
9. Strategy and Planning Division. Office of the Peranent Secretary of MOPH. Ministry of Public Health. 2020.
10. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson R E. Multivariate data analysis: A global perspective. New Jersey: Pearson Prentice Hall. 2010.
11. Gupta KK, Attri JP, Singh A, Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. Saudi Journal of Anesthesia 2016; 10(3): 328-31.

12. Gray J R, Grove S K, Sutherland S. Burns and Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. (8thed). St. Louis Missouri: Elsevier, Inc 2016.
13. Aziz W, AzeemElhosany W, Ibrahim A. The Relationship between Degree of Delegation and Head Nurses Leadership Styles at Suez Canal University Hospitals. *Journal of Nursing and Health Science* 2020; 9: 45-53.
14. Abd-Elmoghith N G A. Examining the time management training program on delegation skills regarding nurse manager. *Am J Nurse* 2019; 7(4): 589-97.
15. Hindayat A T, Hariyati T S, Nuraini T. The Factor of affecting head nurse's delegation: A cross sectional study. *Enfermería Clínica* 2021; 31: S117-21.
16. Rattikarnsuka J, Oumtanee A. Nursing management of head nurses receiving the outstanding award. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(2): 179-86. (in Thai)
17. Udomittipong D, Losatiankij P. Stress management in Nurses: Review article. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2017; 11(1): 45-61. (in Thai)
18. Vilaikit M. Development of Job Model for Phetcharat 12 B Faculty of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University. *Vajira Nursing Journal* 2021; 1(23): 46-57. (in Thai)
19. Wongcharoen W, Singchungchai P, Wongkhomthong J, Meehanpong P. The Structural Equation Model of Leadership of In-Patient Unit Head Nurses as Perceived by Professional Nurses, Nurses' Work Engagement, and Job Performance of Professional Nurses in Community Hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018; 19(3): 97-106. (in Thai)

การพัฒนาศักยภาพและจัดทำนวัตกรรมดูแลประชาชนในสถานการณ์ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

The Potential Development and Innovation in Taking Care of The People in The Coronavirus Disease 2019 Pandemic

พัชรภรณ์ ไชยสังข์¹ อนุสรณ์ แนนอุดร² ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์² รัชพร ใช้รูปทอง^{*2}

Phatcharaphan Chaiyasung¹ Yodrawin Jornburom² Anusorn Nanudorn² Rutshaporn Chaitoophong^{*2}

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900

¹Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand 10900

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี ประเทศไทย 12110

²Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathum Thani, Thailand 12110

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) แบบทดสอบความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) แบบประเมินทักษะการทำนวัตกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่าได้นวัตกรรมสติกเกอร์กลืนสมุนไพรติดแมสก์และระบุการได้รับวัคซีนโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้น 10 แบบ กลืนสมุนไพร 5 กลืน ความพึงพอใจนวัตกรรมสติกเกอร์ในภาพรวมพบว่าอยู่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.420 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, นวัตกรรม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research and development project aims to study the results of developing potential in knowledge and skills and creating innovations for caring for people during the pandemic of coronavirus disease in 2019 by village health volunteers, Pathum Thani Province. A sample of 55 people was selected purposively. Research tools included: 1) a potential development program for village health volunteers; 2) a knowledge test on coronavirus disease; and 3) an innovation skills assessment form, and innovation satisfaction assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics and a Paired t-test.

Corresponding Author: rutshaporn_s@rmu.ac.th

ได้รับทุนวิจัยงบประมาณอุดหนุนเงินงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม(ววน)ประจำปีงบประมาณ 2566

วันที่รับ (received) 28 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 พ.ค. 2567

The results of this study showed that the innovative herbal scent stickers attached to masks indicating receipt of the COVID-19 vaccine, developed in 10 styles and 5 herbal scents. Overall satisfaction with the sticker innovation was found to be at a high level, with a mean of 4.27 and a standard deviation of 0.420 after participating in the capacity development program for village health volunteers with knowledge about infectious diseases, coronavirus 2019, and skills in creating innovations for caring for people during the pandemic of coronavirus 2019 were significantly higher than before the experiment. ($p < .05$)

Keywords: The Potential Development, Innovation, Health Volunteers

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้โดยติดต่อผ่านทางละอองฝอย ที่มีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการไอ หรือจามรดกัน แล้วหายใจเอาเชื้อเข้าสู่ปอด รวมไปถึงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ โดยมีมือสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ธนบัตร โทรศัพท์ กลอนประตู สิ่งของต่าง ๆ เป็นต้น¹ ข้อมูลจากศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด- 19 โดยให้ใช้หลักการป้องกันโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ หมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารปรุงสุกร้อน ๆ รวมไปถึงหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด และไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการหวัด ไอจาม หากเลี่ยงไม่ได้ต้องป้องกันตนเองโดยใส่หน้ากากอนามัย²

การพัฒนาระบบสุขภาพในภาคประชาชนที่เป็นหลักการที่สำคัญการสาธารณสุขมูลฐานโดยมีกำลังหลักคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือที่เรียกว่า อสม. โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้สามารถดูแลและเข้าถึงสุขอนามัยของคนในชุมชน จากการดำเนินงานด้านการยับยั้งและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่รับผิดชอบภารกิจโดยการให้ความรู้ ติดตามกลุ่มเสี่ยง ช่วยเหลือคนในชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{3,4} ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะที่เป็นกลุ่มชุมชนและระดับบุคคล มีความสำคัญเพราะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนเป็นตัวจักรสำคัญที่จะทำงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ตลอดจนทำหน้าที่

ประสานและดำเนินงานให้กรมกองต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดจึงมีบทบาทและอิทธิพลในการการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากภาระหน้าที่ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นจากภาวะปกติและเมื่อเข้าสู่สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาจทำให้ทำงานได้ยากขึ้นเพราะต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน บางส่วนอาจส่งผลให้เกิดการขาดแรงจูงใจในการทำงานในการติดตามรายงานผลการดำเนินงาน³ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพอสม. เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อการพัฒนาให้ อสม. ในด้านความรู้ ทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อไว้ใช้กับประชาชนในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถนำสิ่งที่ได้จากเรียนรู้ไปปฏิบัติใช้ในการทำงานได้จริง⁵

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลที่ด้ร่วมรับผิดชอบภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ในการดูแลประชาชนที่เน้นกระบวนการกลุ่มร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพประชาชน การมีทักษะในการปรับปรุงสิ่งของเพื่อมาเป็นนวัตกรรมในการควบคุมป้องกันสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเคหะรังสิตคลอง 6 อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเน้นกระบวนการกลุ่ม ที่ได้รับการอบรมให้ความรู้และเพิ่มทักษะการจัดทำนวัตกรรมในการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ให้เป็นไปที่กำหนดร่วมกันคือ ป้องกันประชาชนในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษาโดยนักวิจัยเสนอตัวแบบเป็น อสม. ที่มีความสามารถใกล้เคียงกับกลุ่มสมาชิกที่มีพฤติกรรมสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี⁶ กระบวนการกลุ่มที่มีนักวิจัยเป็นตัวกระตุ้นกลุ่ม จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดแนวคิดและตั้งศักยภาพของตนเองปฏิบัติการดูแลประชาชนที่ติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพัฒนา ประยุกต์และดัดแปลงสิ่งของหรือทรัพยากรที่มีอยู่เป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย นำเสนอให้อสม.ในกลุ่มดูเป็นตัวอย่าง ทำให้กลุ่มส่งเสริมซึ่งกันและกันในการมีกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนเพื่อห่างไกลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นวัตกรรมที่สามารถตอบโจทย์ว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มาจากกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน เมื่อได้ต้นแบบที่ผ่านการทดลองอย่างสมบูรณ์จึงถ่ายทอดกระบวนการทั้งหมดสู่ชุมชนเพื่อการควบคุมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

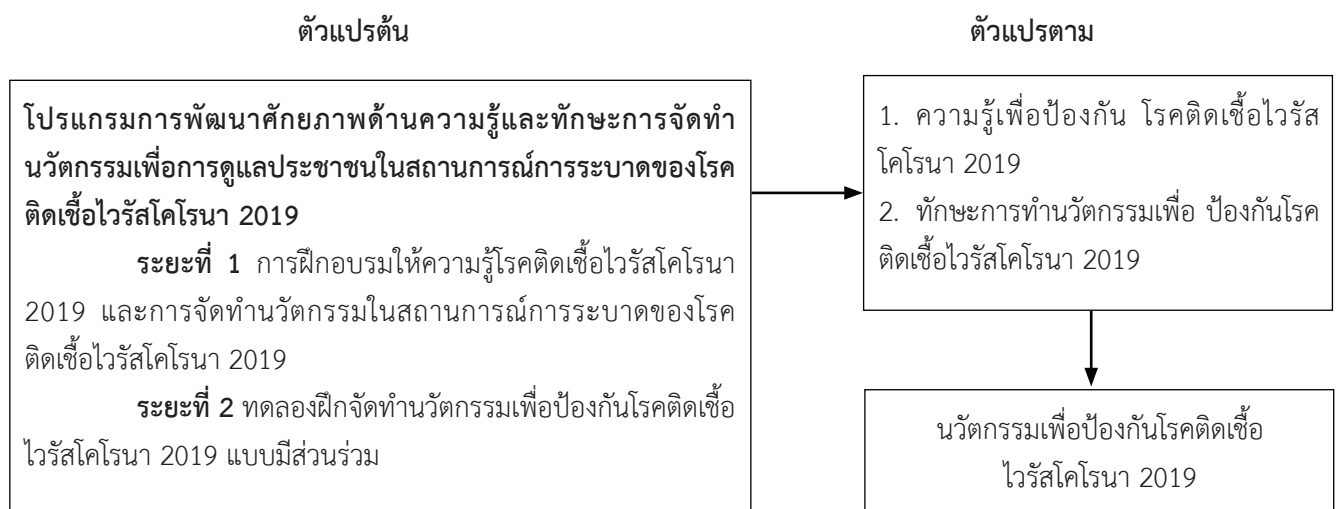
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการจัดทำนวัตกรรมในการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดทำนวัตกรรมก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านความรู้ และทักษะการจัดทำนวัตกรรมในการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁷ และการพัฒนานวัตกรรมในชุมชน⁸ ซึ่งสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแสดงตามรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research & development) พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการจัดทำนวัตกรรมดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนเคหะรังสิตคลอง 6 อำเภอธัญบุรี จังหวัด

ปทุมธานี ระยะเวลาการเก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชน

ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนเคหะรังสิตคลอง
6 อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลประชาชน
ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
เดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม 2566

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power
ทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size)
เท่ากับ .40 การประมาณค่าขนาดอิทธิพล⁷ งานวิจัยนี้จัดกระทำ
กลุ่มตัวอย่างทั้งตำบล ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการ
ทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ
($1 - \beta$) เท่ากับ 0.90 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ
55 คน (df = 54) ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์ที่กำหนด

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive
sampling) โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ ยินดีสมัคร
ใจและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจเข้า
ร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพครบทุกขั้นตอน ตอบคำถามในแบบ
ทดสอบความรู้ และแบบประเมินทักษะครบทุกข้อ เกณฑ์การ
คัดออก ดังนี้ มีปัญหาสุขภาพ หรืออาการเจ็บป่วยที่ต้องรับ
การรักษาระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย และตอบคำถามในแบบ
ทดสอบความรู้ และแบบประเมินทักษะไม่ครบทุกข้อ

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน
เคหะรังสิตคลอง 6 อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีเป็นกลุ่ม
ประเมินผลพัฒนาศักยภาพกลุ่มคนรุ่นใหม่พรตติเมสส์และระบุ
การรับวัคซีนโควิด-19 การได้มาโดยให้สมัครใจ มีป้าย
ประชาสัมพันธ์ (ทางออนไลน์) ที่เว็บเพจของชุมชน โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพในตำบล และสำนักงานเทศบาลตำบลธัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
G*Power Effect size f^2 0.02 ในการกำหนดขนาดของตัวอย่าง
ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis and
Sample Size) ได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)⁹
ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ .80 (Power of test)
ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 688 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive
Sampling) พิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือก ยินดีสมัครใจ และ
เต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยยินยอมด้วยความสมัครใจ
(Informed Consent Form) อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทย

ได้สามารถใช้มือถือ แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ ในการประเมิน
นวัตกรรม ทาง Google Form อาสาสมัครต้องมี อายุ 20 ปีขึ้น
ไป เกณฑ์การคัดออก ประเมินนวัตกรรมทาง Google Form
ไม่ครบทุกข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บข้อมูลในการวิจัย
ครั้งนี้ มีดังนี้

1. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และ
ทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชนในสถานการณ์
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิจกรรมที่ 1 การอบรมให้ความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลประชาชนในพื้นที่เพื่อป้องกัน
ตนเอง และการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชน
ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อ
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบมีส่วนร่วม

ครั้งที่ 1 ประชุมกลุ่มระดมสมองวิเคราะห์สถานการณ์
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
ของตนเอง และหาแนวทางการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแล
ประชาชน และขอให้นักวิจัยจัดหาผู้ทรงคุณวุฒิในการฝึกจัดทำ
นวัตกรรมครั้งต่อไปจำนวน 1 ครั้ง 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 ฝึกทักษะทดลองจัดทำนวัตกรรมเพื่อป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำแนวทาง
จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง นักวิจัยจัดอุปกรณ์ในการทำ
นวัตกรรม

ครั้งที่ 3 นำเสนอนวัตกรรมเพื่อป้องกันโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้คิดขึ้นพร้อมทั้งจัดกรรมการวิพากษ์
มีการมอบทุนสนับสนุนในการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแล
ประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 จำนวน 1 ครั้ง 2 ชั่วโมง และให้การบ้านไปทำนวัตกรรมต่อ
โดยมีข้อสงสัยให้ติดต่อกับนักวิจัยได้ตลอดการเข้าร่วมโครงการ

กิจกรรมที่ 3 นำนวัตกรรมที่จัดทำขึ้นมาตรวจสอบ
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองใช้นวัตกรรมกับประชาชนกลุ่มตัวอย่าง
ที่ยินดีทดลองใช้ และประเมินผลการใช้นวัตกรรมใช้เวลา 1 เดือน
พร้อมทั้งประเมินความรู้และทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อ
การดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ใช้เวลา 1 เดือน

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ
อายุ อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน การศึกษาสูงสุด จำนวน
ปีที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนประชาชน
ที่อยู่ในการดูแลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเคย
เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลประชาชน
ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
จำนวน 8 ข้อ

3. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 การดูแลประชาชนในพื้นที่เพื่อป้องกันตนเอง
และการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชนในสถานการณ์
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยดัดแปลงมา
จากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019¹⁰ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก
ตอบถูก ได้ 1 ตอบผิดได้ 0

4. แบบประเมินทักษะการจัดทำนวัตกรรมในการ
ดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินทักษะ
การสร้างสร้งนวัตกรรม¹¹ ปรับเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความ
เหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน
15 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับแบบ Likert scale

5. แบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรมเพื่อใช้
ในการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากข้อคำถามแบบประเมินการ
พัฒนาสติ๊กเกอร์บนแอปพลิเคชันโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์¹²
จำนวน 14 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับแบบ
Likert scale

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย หาความตรงตามเนื้อหา
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หาค่าดัชนีความตรงเชิง
เนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.89 หาค่าความเที่ยงโดยนำเครื่องมือ
วิจัยไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30
คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของ
แบบทดสอบความรู้ได้ค่า KR เท่ากับ 0.90 ส่วนแบบประเมิน
ทักษะการจัดทำนวัตกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ
นวัตกรรม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ
0.90 และ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล
ธัญบุรีเพื่อขออนุมัติทำการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว
จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขออนุญาตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
คลองหลวง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองหก
เพื่อเก็บข้อมูลในชุมชนตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี

3. ติดต่อประสานงานผู้ดูแลเว็บไซต์ (Web page)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง และองค์การบริหาร
ส่วนตำบลคลองหก เพื่อเก็บข้อมูลในชุมชนตำบลคลองหก
อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีขอขึ้นโปสเตอร์เชิญชวน
กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
คณะผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่าง
ทราบ สอบถามความสมัครใจในการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

4. อธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อ
กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการและลงลายมือชื่อ
ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยตาม
ขั้นตอนที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการ
วิจัย (Certificate of Approval: COA) หมายเลข RMUTT_REC
No.Exp 01/66 ให้การรับรองวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 วัน
หมดอายุใบรับรองวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 มีคำอธิบาย
การพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่างที่ 1
ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และอาสา
สมัครกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ยินยอมด้วยความสมัครใจ (Informed
Consent Form) ก่อนการประเมินนวัตกรรมทาง Google
Form ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้
ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น และ
ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัย
เป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงบรรยาย หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.90 อายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 41-50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.27 การศึกษาสูงสุดประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 36.36 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 45.45 จำนวนประชาชนที่อยู่ในการดูแลติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในช่วงไม่เกิน 5 คน ร้อยละ 63.63 และยังไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมดทุกคน

2. ข้อมูลส่วนบุคคล อาสาสมัครประเมินนวัตกรรม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.76 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปีขึ้นไป ร้อยละ 29.06 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 21.80 และส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 26.16

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้และทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 55 คน)

ตัวแปร/ ระยะ	M	SD	t	p-value
ด้านความรู้				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	6.30	1.84	-6.027	<.05*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	7.27	0.97		
ด้านทักษะการจัดทำนวัตกรรม				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	3.12	0.29	-12.744	<.05*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	3.65	0.21		

p-value <.05

จากตารางที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหาแนวทางการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีดังนี้

3.1 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสนี้ขึ้นมา อาสาสมัครสาธารณสุขจึงต้องเร่งกระตุ้นให้ประชาชนในพื้นที่ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.2 หน้ากากอนามัยถือเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของเราไปแล้ว การใส่หน้ากากอนามัยตั้งแต่เข้างานเข้าบ้าน ทำให้การมีกลิ่นปากมากกว่าปกติที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย

3.3 การพัฒนาสติ๊กเกอร์กลืนสมุนไพรติดแมสก์ และระบุงการรับวัคซีนโควิด-19 จึงเป็นนวัตกรรมที่สามารถตอบโจทย์ว่าจำเป็นอย่างมากที่ต้องใส่หน้ากากอนามัย และการมีระบุงการได้รับวัคซีนให้บุคคลอื่นทราบ จะเป็นการลดการเสี่ยงต่อการติดเชื้อระหว่างบุคคลได้มากขึ้น

4. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5. ตัวอย่างรูปแบบนวัตกรรมสติ๊กเกอร์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจมากที่สุดที่ได้จากการพัฒนาทักษะการผลิตนวัตกรรมพัฒนาสติ๊กเกอร์กลืนสมุนไพรติดแมสก์และระบุงการรับวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



รูปภาพที่ 1 ตัวอย่างรูปแบบสติ๊กเกอร์

จากรูปแบบสติ๊กเกอร์ 10 รูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
พึงพอใจสติ๊กเกอร์แบบที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 51.70 รองลงมา
คือแบบที่ 1 และแบบที่ 10 เท่ากัน ร้อยละ 22.5

6. กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจนวัตกรรมสติ๊กเกอร์กลิน
เปปเปอร์มินท์มากที่สุด ร้อยละ 40.60 รองลงมาคือกลินมะลิ
ร้อยละ 40.30 และยูคาลิปตัส ร้อยละ 34.60

7. กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจนวัตกรรมสติ๊กเกอร์
กลินสมุนไพรติดแมสก์และระบุการรับวัคซีนโควิด-19 ในระดับ
มากในภาพรวมโดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.27 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.420 และมีความตั้งใจซื้อสติ๊กเกอร์
ในระดับมากค่าเฉลี่ย 4.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.629

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะ
การจัดทำนวัตกรรมในการดูแลประชาชนในสถานการณ์การ
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสถานการณ์การระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นที่ยอมรับกันว่าการสวมหน้ากาก
อนามัยเป็นมาตรการในการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 แต่สิ่งที่เป็นปัญหาประการหนึ่งสำหรับ
ผู้สวมหน้ากากอนามัยคือกลิ่นปาก ซึ่งเป็นกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์
ดังนั้นในการพัฒนาสติ๊กเกอร์กลินสมุนไพรติดแมสก์ระบุการรับ
วัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นทางเลือกที่สามารถ
ลดปัญหานี้ได้ และนอกจากนั้นแล้วถ้าทำให้สติ๊กเกอร์มี
ประโยชน์เพิ่มขึ้นอีกโดยการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทาง
สุขภาพด้านการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ย่อมทำให้เพิ่มคุณค่าของสติ๊กเกอร์ได้อีกทางหนึ่งด้วย ดังนั้น
นวัตกรรมสติ๊กเกอร์กลินสมุนไพรติดแมสก์ระบุการรับวัคซีนโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงได้ถูกพัฒนาภายใต้กระบวนการมี

ส่วนรวมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ซึ่งสามารถตอบโจทย์ว่าในปัจจุบันเรื่องการออกจากที่พักอาศัย
ต้องใส่หน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันตนเองเมื่อสัมผัสใกล้ชิด
ผู้ติดเชื้อ ควบคุมแหล่งแพร่เชื้อ และระบุการยืนยันรับภูมิคุ้มกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้บุคคลที่ต้องติดต่อสวดก
ใจที่จะพบปะกันระหว่างบุคคลในการทำงาน การปฏิบัติหน้าที่
ต่างๆ และทุกกระบวนการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน และม
ีการเก็บข้อมูลจากบุคคลหลายกลุ่มวัย จึงนับเป็นนวัตกรรมที่มี
ประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ใส่หน้ากากอนามัยและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด รวม
ทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ใช้งานมีความรับผิดชอบต่อสังคม โดย
การแจ้งสถานะตนเองในเรื่องการรับวัคซีนให้กับผู้อื่นได้ทราบ

2. เมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม
ในการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้
เนื่องจากช่วงกิจกรรมการให้ความรู้ นักวิจัยได้จัดให้มีผู้ช่วย
นักวิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่มและ
มีการทบทวนซ้ำ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลประชาชนในพื้นที่เพื่อป้องกัน
ตนเอง และการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการดูแลประชาชนใน
สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่ม
การแจ่มกระจ่างความรู้ไว้สำหรับอ่านสามารถทบทวนได้ ทำให
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจ สอดคล้อง
กับงานวิจัย⁴ ที่วัดความรู้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการให้
ความรู้พร้อมกับการให้คู่มือไปทบทวนเองจนเข้าใจจะทำให้
มีความมั่นใจและสามารถให้ความรู้แก่ผู้รับบริการได้ และยัง

ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการศึกษาทบทวนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับการเฝ้าระวังสถานการณ์การป้องกัน และการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ในชุมชนของอำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง คือ มีการสวมหน้ากากอนามัย กินร้อน ช้อนส่วนตัว ล้างมือ รักษาระยะห่างทางสังคม และหลีกเลี่ยงไม่ไปในที่ชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคระบาดโควิด-19^{13,14}

3. เมื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดทำนวัตกรรมการก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทักษะการจัดทำนวัตกรรมการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกิจกรรมพัฒนาศักยภาพที่สร้างขึ้นจากโปรแกรมสร้างเสริมทักษะการจัดทำนวัตกรรมการ¹⁵ ร่วมกับการใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพ³ ที่มีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีขั้นตอนการสอน ทั้งทฤษฎี และฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ จากกรณีศึกษา และฝึกกับสถานการณ์จริง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงช่วยเพิ่มทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนโนนสูง จังหวัดอุดรธานี พบว่า พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนโนนสูง จังหวัดอุดรธานี พบว่าระดับความรู้ถูกต้องสูงสุดตามลำดับหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมความรู้และการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การสวมหน้ากากตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้านการเว้นระยะ 1-2 เมตร สามารถช่วยลดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รองลงมาคือการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วมหรือหลังจากไอ จาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่

สาธารณะ และการหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น¹⁶ การพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกิดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความรู้ และทักษะการจัดทำนวัตกรรมการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างถูกต้องและยังส่งผลถึงประชาชนในความดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาศักยภาพนี้ร่วมกันเกิดความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอจากการทำวิจัย

1. สามารถพัฒนานวัตกรรมการที่เกิดขึ้นโดยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มการค้นหาค้นหาปัญหาและแนวทางในการจัดการปัญหาด้วยนวัตกรรมการที่สร้างขึ้นส่งผลให้เกิดความยั่งยืนและความสามัคคีกันชุมชน
2. การนำวิธีการการระดมสมองวิเคราะห์สถานการณ์หาแนวทางการจัดทำนวัตกรรมการ ทดลองใช้ นวัตกรรมกับประชาชนและการอบรมให้ความรู้ ทำให้เกิดการฟื้นฟูความรู้และทักษะการจัดทำนวัตกรรมการดูแลประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำรูปแบบการจัดกิจกรรมโปรแกรมฯ ไปจัดทำกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโรคอื่น ๆ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการดูแลประชาชนในพื้นที่
2. ควรพัฒนานวัตกรรมการที่ตอบสนองความต้องการผู้ใช้งานเฉพาะในแต่ละกลุ่มวัย เนื่องจากแต่ละกลุ่มวัยมีความพึงพอใจในรูปแบบของสติ๊กเกอร์และกลั่นที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้ผู้ใช้งานทุกกลุ่มวัยได้เลือกใช้เป็นประจำซึ่งเกิดผลดีต่อสุขภาพในด้านการป้องกันโรค

References

1. Guner HR, Hasanoglu İ, Aktas F. COVID-19: Prevention and control measures in community. Turkish Journal of medical sciences 2020;50(9):571-7.

2. Emergency Operations Center Department of Disease Control. Coronavirus Disease 2019 coronavirus Disease2019(COVID-19) Video conference documents. Knowledge about coronavirus disease 2019. Nonthaburi : Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
3. Prathong N, Siriwat V. The role of village health volunteers in preventing and controlling the spread of the infectious disease coronavirus 2019 (Covid-19) in Phuket Municipality. Journal of MCU Ubon Review 2023;8(3):1341-52. (in Thai)
4. Pongboriboon U. The Risks and Healing Support for Village Health Volunteers during Epidemic Situation, COVID-19. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2022;23(3): 55-62. (in Thai)
5. Numsarapadnuk R. Potential development of Village Health Volunteer Home doctor for control and prevention Coronavirus Disease 2019, Nakhon Nayok Province. Academic Journal of Community Public Health 2022; 31(2): 118-29. (in Thai)
6. Koshakri R, Kasemsuk W, Rerkluenrit J. The outcomes of program for improvement of Health Volunteer's Ability in Educational Home Visit for Diabetes People without Complication. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2016; 17(1):141-7. (in Thai)
7. Jungsomjetpaisarn T, Tuaymirit S. Development of operating models Village Jelly Controller in controlling Prevention of coronavirus disease 2019 Nakhon Ratchasima Province. Journal of Health Science 2021; 30(3): 490-9. (in Thai)
8. Kempetch C, Watanyoo W. Enhancing Community Innovation and Sustainable Development Community by Research and Innovation Model. The Journal of Research and Academics 2023; 6(5): 347-59. (in Thai)
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press; 1977
10. Glomjai T., Kaewjiboon J, Chachvarat T. Knowledge and Behavior of People regarding Self-care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). Journal of Nursing, Public Health, and Education 2020; 21(2): 29-39. (in Thai)
11. Wongyai W, Phatphon M. Development of creative and innovative skills. Bangkok: Innovation Development Leadership Center Curriculum and learning; 2019. (in Thai)
12. Jaroenpitak S., Tongbunkerd K ., Saenboonsong S. The Development of Sticker Characters on Application Line in Student Education. Learning Innovation Journal 2018; 4(1): 35-47. (in Thai)
13. Thawornrat C. Study of the role of village public health volunteers (VHVs) in monitoring the situation, prevention and control of the infectious disease coronavirus 2019 (COVID19) in the community of Nong Suea District, Pathum Thani Province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office 2022;6(12):144-54. (in Thai)
14. Sriratanaprapat J, Klommek J. Knowledge, Attitudes, and Practices towards COVID-19 among Working-Age Population in Muak Lek Subdistrict, Muak Lek District, Saraburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1):437-445. (in Thai)
15. Yingyoud P.,Thangkratok P., Attham W., Phianthanyakam N., Poltana P., Trinattawan W. A Study of Innovation-Based Learning for Nursing Students in the 21st Century. Journal of Health Sciences Boromarajonani College of Nursing Sappasitthiprasong 2020; 4(2): 101-21. (in Thai)
16. KanKaew P, KaewYim S, KhamNaWan K, Sopha Kham K, PhinyoWong T, Yotha M, et al. Knowledge and behavior in controlling and preventing the infectious disease Corona 2019 of village public health volunteers, Non Sung Community, Udon Thani Province. Journal of Research, Innovation and Empirical Evidence in Health 2022;1(1):41-55. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุ ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

The Effect of Empowerment Program on Quality of Life in Older Adults with Stage 3 Chronic Kidney Disease

กรรณิมา ฝาระมี*¹ อรุณา แก้วเกิด¹ ไพฑูรย์ วุฒิส²

Kanthima faramee*¹ Onuma Kaewkerd² Paitoon Wuttiso³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000

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

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัษราชภัฏชัยภูมิ ชัยภูมิ ประเทศไทย 36000

²Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum, Thailand, 36000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 68 ราย คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (IOC = 1.00) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง (IOC = 1.00) แบบประเมินการเสริมพลังอำนาจ แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.93, 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติการทดสอบค่าทีที่กรณีก่อนและหลังการทดลอง 2 กลุ่มเป็นอิสระกัน (Independent Samples t-test) ทดสอบค่าทีที่กรณีก่อนและหลังการทดลอง 2 กลุ่ม มีความสัมพันธ์กัน (Dependent Group or Paired Samples t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเสริมพลังอำนาจ, คุณภาพชีวิต และความรู้เรื่องโรคไต ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย การเสริมพลังอำนาจ, คุณภาพชีวิต และความรู้เรื่องโรคไต แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุต่อไปได้

คำสำคัญ: การเสริมพลังอำนาจ, ผู้สูงอายุ, โรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research is quasi-experimental. The objective is to study and compare the results of the empowerment program on the quality of life of elderly people with stage 3 chronic kidney failure. The sample group was Sixty-eight elderly people with stage 3 chronic kidney failure were selected by purposive methods. Divided into an experimental group and a control group, 34 people per group. Research tools include a

Corresponding author : *Onuma Kaewkerd, Email: nsokk@npu.ac.th

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

วันที่รับ (received) 20 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 เม.ย. 2567

Personal information questionnaire Thai version of the preliminary brain condition test (IOC = 1.00) Knowledge assessment of chronic kidney disease (IOC = 1.00) Empowerment assessment form the SF-36 quality of life assessment has Cronbach's alpha coefficient of 0.93, 0.95, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics by distribution, frequency, percentage, mean, and deviation. Standardize analyze and compare general information of both sample groups using an Independent Samples t-test, Dependent Group, or Paired Samples t-test.

The research results found that: the experimental group had averages of empowerment, quality of life, and knowledge about kidney disease. Before and after the experiment were significantly different at the .001 level. The control group was not different. and comparison between the experimental group and the control group. After the experiment, there was an average Empowerment, quality of life, and knowledge about kidney disease The difference is statistically significant at the .001 level. Research results can be used as nursing guidelines to further improve the quality of life of elderly patients.

Keywords: Empowerment, Older adults, Chronic Kidney Disease Stage 3, Quality of life

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญไปทั่วโลก จากรายงานของต่างประเทศพบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทั่วโลก จำนวน 843.6 ล้านคน¹ โดยในปี ค.ศ.2019 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคไตวายเรื้อรัง 2-6 ล้านคน² และในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังถึงร้อยละ 17.60 หรือประมาณ 8 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 2 แสนคน ซึ่งแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคไตวายเพิ่มขึ้นทุกปี ๆ ละมากกว่า 7,800 คน³ ในปี 2560 พบความชุกของผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 9.10 จากจำนวนประชากร 195 ประเทศ เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องการการเปลี่ยนถ่ายไต 4.90- 7.10 ล้านราย⁴ ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง และปลูกถ่ายไตระหว่างปี 2561-2565 คิดเป็น 1,531 1,726 1,942 2,274 และ 2,580 รายต่อล้าน ประชากรตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี⁵ ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสถิติผู้สูงอายุไทยกว่า 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด⁶ ผลจากการที่ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น แต่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity) ส่งผลกระทบต่อร่างกาย⁷ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงกับความเสื่อมถอย โดยเฉพาะความเสื่อมถอยของร่างกาย

การเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วนซึ่งจะส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตเสื่อมลง เกิดภาวะไตเสื่อม โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีความทำงานของไตลดลง⁸

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁹ จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 77.50 ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดความตระหนักจึงมีโอกาเสี่ยงต่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย¹⁰ การให้ความรู้จึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพร่วมกับการให้ความรู้ช่วยส่งผลดีต่อการชะลอไตเสื่อมได้¹¹ การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงมีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ การเสริมพลังอำนาจช่วยเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของตนเอง และแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตนเองได้ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ภายในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้กับตนเองได้¹² งานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹³

จังหวัดนครพนม ข้อมูลรายงานจากคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม ในปี 2561-2565 พบผู้ป่วยด้วยโรคไตทั้งหมดจำนวน 9,734 11,022 12,014 11,355 และ 9,611 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยไตวายระยะเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 3,613 4,414 4,709 4,982 และ 4,080 และในอำเภอธาตุพนมมีผู้ป่วยด้วยโรคไตทั้งหมดจำนวน 1,687 1,485 1,056 1,041 และ 866 ราย เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 422, 505, 344, 372 และ 299 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.01, 34.01, 32.57, 35.73 และ 34.53 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลังนี้ จังหวัดนครพนม และเขตอำเภอธาตุพนม มีผู้ป่วยโรคไตเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังเป็นจำนวนมาก ปีพ.ศ.2563 อำเภอธาตุพนมมีจำนวนผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ที่เป็นผู้สูงอายุ > 60 ปี จำนวน 260 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.96¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ยังมีข้อจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจิตเวช และผู้สูงอายุโรคกระดูก ส่วนโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังพบการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5¹⁵ แต่ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาในผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพ แต่มีข้อจำกัดด้านการศึกษาผลของคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรม

การเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อเป็นกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจแตกต่างจากค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹² มาใช้เป็นกรอบในการวางแผนดำเนินการวิจัย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต (SF-36) ดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้

โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจใช้หลักเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์

กิจกรรมที่ 2 ค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) การยอมรับตนเอง/ประเมินความรู้

กิจกรรมที่ 3 สะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ค้นหาความหวัง เป้าหมายชีวิต วิเคราะห์ปัญหา/ให้ความรู้ประกอบด้วยกิจกรรมการสอน การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม

กิจกรรมที่ 4 เลือกริธีและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ระดมสมองแนวทางแก้ไขปัญหามาความรู้ ประกอบด้วยกิจกรรมการสอน สนับสนุนทักษะการดูแลตนเอง และการสร้างสิ่งแวดล้อม

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมพลังบวก ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ใจดี สังคม จิตวิญญาณ/สร้างศรัทธาและความหวังอยู่กับความจริง

กิจกรรมที่ 6 คงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติอันมีประสิทธิภาพ (Holding on) เน้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามทางโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผล

คุณภาพชีวิต (SF-36)

- ด้านภาวะการทำงานของร่างกาย
- ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย
- ด้านความเจ็บปวด
- ด้านสุขภาพทั่วไป
- การทำหน้าที่ทางสังคม
- พลังงาน
- ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์
- ด้านสุขภาพจิตทั่วไป

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในชุมชนเขตบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 299 ราย เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการทำงานของไตลดลงต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน อัตราการกรองไต (eGFR) มีค่าลดลงต่ำกว่า 30-59 ml/min/1.73m² เจาะจงเป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ยังคงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ และช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อป้องกันอันตรายทางด้านร่างกาย ในการทำกิจกรรม คำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power analysis โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) คือ 0.5 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน .05 และกำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบคือ 0.85 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 34 คน และกลุ่มทดลอง 34 คน เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีภาวะเจ็บป่วยร้ายแรง ไม่สามารถร่วมทำกิจกรรมได้

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา ศาสนา สถานภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย กิจวัตรทางศาสนา

1.2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002¹⁶ เป็นแบบคัดกรองเพื่อคัดแยกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคำถามมีทั้งหมดประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ ใช้จุดตัด 14 คะแนนสำหรับผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) คะแนนเต็ม 23 คะแนน ใช้จุดตัด 17 คะแนนสำหรับผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้จุดตัด 22 คะแนนสำหรับผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 คะแนน

1.3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง ได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามในงานวิจัย¹⁷ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนน 10.01 - 15.00 คะแนน หมายถึง ค่าคะแนนความรู้ระดับมาก คะแนน 5.01 - 10.00 คะแนน หมายถึง ค่าคะแนนความรู้ระดับปานกลาง และคะแนน 0.00 - 5.00 คะแนน หมายถึง ค่าคะแนนความรู้ระดับน้อย

1.4 แบบประเมินการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ^{12,18} ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของ ลิเคิร์ท (Likert's Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีค่าคะแนน 1-5 คะแนน รายละเอียดดังต่อไปนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลระดับผลคะแนน 3 ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับน้อย

1.5 แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 (ฉบับภาษาไทย)¹⁹ มีองค์ประกอบหลัก 8 ด้าน จำนวน 36 ข้อ การแปลระดับผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 0-100 คะแนน ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนน 68 - 100 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 34 - 67 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 0 - 33 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย

2. เครื่องมือในการทดลอง

คือ คู่มือโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และนำแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹² มาใช้เป็นกรอบในการสังเคราะห์เนื้อหาได้คู่มือโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 แล้วนำคู่มือที่ได้เสนอผู้เชี่ยวชาญพิจารณาปรับแก้ให้มีความเหมาะสม โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ คือ กิจกรรมกลุ่ม 6 สัปดาห์ ติดตามผลการดำเนินงาน 1 สัปดาห์ และประเมินผล 1 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านพิจารณาความสอดคล้องของเครื่องมือ โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ ผลการแบบประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีค่า IOC = 1.00 2. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคไต มีค่า IOC = 1.00 3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 - 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมาการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถาม 1. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง 2. แบบประเมินการเสริมพลังอำนาจ 0.93, 0.95 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงทั้ง 2 ฉบับ 0.94 3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 มีความตรงด้านเนื้อหา Convergent และ Discriminant เท่ากับ 91.4% และ 96.4% ตามลำดับ Vitality มีความสัมพันธ์กับ Mental Health ค่อนข้างสูง ความตรงซึ่งวัดโดย Know Group Validity พบว่ามีแนวโน้มเป็นไปตามที่คาดไว้ คือ สามารถวัดความแตกต่างระหว่างผู้ที่มี และไม่มีโรคประจำตัวได้ วัดความเที่ยงโดย Cronbach's alpha coefficient มีค่าตั้งแต่ 0.63 - 0.77 การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบสอบถามฉบับใหม่พบว่า มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกับฉบับเดิม ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามฉบับใหม่สูงกว่า 0.7 ในทุกมิติ (0.72 - 0.86)¹⁹

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติการทดสอบทีกรณีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เป็นอิสระกัน (Independent Samples t-test) และกรณีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีความสัมพันธ์กัน (Dependent Group or Paired Samples t-test)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการขอสัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสอบถามโดยข้อมูลทุกส่วนของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ อันประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้ แบบประเมินการเสริมพลังอำนาจ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต หลังจากนั้นทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

ในการร่วมทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมและทำแบบสอบถามทั้งก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลวิจัยที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ดูได้เฉพาะนักวิจัยเมื่อครบกำหนดเวลาในการวิเคราะห์ข้อมูล และหลังการตีพิมพ์งานวิจัย 1 ปี ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการทำลาย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (ICH GCP) ให้ผ่านการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 200/2566 รับรอง วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะเสนอภาพข้อมูลโดยรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 82.35 เพศชายร้อยละ 17.65 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เฉลี่ย 62.37 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม/ทำนา/ทำฟาร์ม ร้อยละ 64.70 มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.12 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 91.18 มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 55.88 โรคประจำตัวอื่น ๆ เป็นเบาหวาน ร้อยละ 76.47 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 64.71 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธและทำกิจวัตรทางศาสนา ร้อยละ 100

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไต การเสริมพลังอำนาจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไต ($t = 14.09, p < .001$) การเสริมพลังอำนาจ ($t = 7.36, p < .001$) และคุณภาพชีวิต ($t = 27.29, p < .001$) ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไต การเสริมพลังอำนาจ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านภาวะการทำงานร่างกาย ($t = 9.67, p < .001$) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางร่างกาย ($t = 13.70, p < .001$) ความเจ็บปวด ($t = 8.84, p < .001$) สุขภาพทั่วไป ($t = 9.60, p < .001$) การทำหน้าที่ทางสังคม ($t = 11.32, p < .001$) พลังงาน ($t = 10.51, p < .001$) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจาก

ปัญหาทางอารมณ์ ($t = 12.90, p < .001$) และสุขภาพจิตทั่วไป ($t = 12.24, p < .001$) ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไต ($t = 16.35, p < .001$) การเสริมพลังอำนาจ ($t = 5.48, p < .001$) และคุณภาพชีวิต ($t = 21.79, p < .001$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 34$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
1. ด้านภาวะการทำงานร่างกาย									
ก่อนทดลอง	50.83	1.38	51.10	1.80	0.27	0.06	.949	-8.59	8.06
หลังทดลอง	67.00	1.03	51.23	1.80	15.77	4.14	.001	8.10	23.43
2. ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางร่างกาย									
ก่อนทดลอง	36.17	1.15	36.67	0.83	0.50	0.19	.849	-5.72	4.72
หลังทดลอง	68.93	0.57	37.30	0.74	31.63	18.33	.001	28.17	35.09
3. ด้านความเจ็บปวด									
ก่อนทดลอง	40.63	1.52	42.03	1.12	1.40	0.41	.687	-8.33	5.53
หลังทดลอง	61.23	1.05	41.43	1.04	19.80	7.30	.001	14.37	25.23
4. ด้านสุขภาพทั่วไป									
ก่อนทดลอง	33.77	1.34	34.70	0.77	0.93	0.33	.744	-6.62	4.76
หลังทดลอง	56.47	1.07	34.40	0.73	22.07	9.26	.001	17.29	26.84
5. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม									
ก่อนทดลอง	43.34	1.61	42.80	0.68	0.53	0.17	.868	-5.86	6.93
หลังทดลอง	61.93	1.37	42.25	0.65	19.68	7.10	.001	14.14	25.23
6. ด้านพลังงาน									
ก่อนทดลอง	33.77	1.34	34.70	0.77	1.00	0.35	.728	-6.73	4.73
หลังทดลอง	48.83	0.72	31.83	0.83	17.00	8.41	.001	12.95	21.05
7. ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์									
ก่อนทดลอง	38.73	1.35	38.40	1.18	0.34	0.10	.919	-6.23	6.90
หลังทดลอง	64.17	1.02	38.43	1.17	25.73	9.06	.001	20.04	31.42
8. ด้านสุขภาพจิตทั่วไป									
ก่อนทดลอง	24.90	0.89	25.77	0.42	0.86	0.48	.635	-4.49	2.76
หลังทดลอง	42.07	0.84	25.53	0.34	16.53	9.94	.001	13.20	19.86

* $p < .001$

จากตารางที่ 1 พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 8 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านภาวะการทำงานของร่างกาย ($t = 4.14, p < .001$) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางร่างกาย ($t = 18.33, p < .001$) ความเจ็บปวด ($t = 7.30, p < .001$) สุขภาพทั่วไป ($t = 9.26, p < 0.001$) การทำหน้าที่ทางสังคม ($t = 7.10, p < .001$) พลังงาน ($t = 8.41, p < .001$) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($t = 9.06, p < .001$) และสุขภาพจิตทั่วไป ($t = 9.94, p < .001$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตหลังได้รับการเสริมพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง รายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาท/เดือน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง²¹

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐาน ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ก่อนเข้าโปรแกรม Mean = 37.32, S.D. = 4.61 หลังเข้าโปรแกรม พบว่า Mean = 58.83, S.D. = 4.20 และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ dependent T-test พบว่าค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($t = 27.29, p < .001$) ผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อน และหลังการเสริมพลังผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่รักษาแบบประคับประคอง อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง²² โดยใช้แนวคิด

การเสริมพลังอำนาจ พบว่า ผู้ป่วยสามารถหยุดรับประทานยาสมุนไพร ปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเค็ม หวาน มัน รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกลดลงจาก 170/110 mmHg เป็น 110/80 mmHg ค่าการกรองของไต (eGFR) ทำงานได้ดีขึ้นจาก 42.58 เป็น 50 ml/min/1.73m² การเปรียบเทียบคะแนนระดับคุณภาพชีวิตก่อนการเสริมพลัง 74.7 หลังการเสริมพลัง 82.0 คะแนน คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 7.23 คะแนน และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตภายหลังการเสริมสร้างพลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สรุปผลความแตกต่างรายด้าน พบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีส่วนช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยได้

สมมุติฐานที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจแตกต่างจากค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ และการเสริมพลังอำนาจ สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาปกติ ($t = 21.79, p < 0.00$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับธวัช วิเชียรประภา และคณะ²³ ได้ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการกรองไตหลังเข้ารับบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมโดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตในผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไต พบว่าความรู้เรื่องโรคไต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าการให้ความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ จึงเกิดทักษะมีความมั่นใจ และผสานกับแรงผลักดันด้านพลังอำนาจจึงเกิดความเชื่อมั่นนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

สรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มทดลองมีคะแนนการเฉลี่ยด้านเสริมพลังอำนาจ และคุณภาพชีวิต

ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพเพียงพอและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลได้ พยาบาลควรทำกิจกรรมเน้นให้เกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ มีทักษะ มีความมั่นใจ และผสมผสานกับแรงผลักดันด้านพลังอำนาจจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีความเชื่อมั่นมากขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องยิ่งขึ้น

2. สามารถนำโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมของชุมชนและญาติในการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อศึกษาในพื้นที่ชุมชน และควรเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอีกด้วย

References

1. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease an update 2022. *Kidney Int Suppl* 2022; 12(1):7-11.
2. Bikbov B, Levey A, Smith M, Abdoli A, Abebe A, Afarideh M, et al. Global, Regional, and nation burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis Forthe Global burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2022;395(10225): 709-73.
3. Kidney Association of Thailand. Hemodialysis Clinical Practice Recommendation 2014 2014. Bangkok; 2014. (in Thai)
4. Cockwell P, Fisher LA. The global burden of chronic kidney disease. *The Lancet*; 395(10225): 62-4.
5. Subcommittee on Registration of Renal Replacement Therapy (TRT), Kidney Association of Thailand Information on kidney replacement therapy in Thailand 2020, Kidney Association of Thailand Agenda. 2020-2022; 2020. (in Thai)
6. Prasartkun P. Situation of The Thai Elderly 2020. Bangkok: Amarin & Publishing Limited Partnership;2021. (in Thai)
7. Anurung S. Multimorbidity in older person: situation, challenge issues, and care management. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2017; 29(2): 1-14 (in Thai)
8. Sumetsittikul A. New Perspective of Elderly Care in Thailand 4.0 Era: Roles of Nursing Administrations. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2018;19(2): 129-35. (in Thai)
9. Klinputtan N, Tongma S, Klinchet N, Srithumsuk W. Nurses' Role in Home Care's Older Adult with Frailty. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(2): 50-7. (in Thai)
10. Sapa-lamchit P. Linking the chronic kidney disease care network, Conference Actions to develop competencies and enhance skills in chronic kidney disease operations. (CKD) Coronary artery disease and cerebrovascular disease (CVD) for personnel Public Health. At Centra Government Complex Hotel and Convention Center Chaengwattana. Bangkok; 2016. (in Thai)
11. Suthisanchai S & Ophaswattana O. Effectiveness of the program to slow down kidney deterioration in patients with stage 3 chronic kidney disease at the chronic kidney disease clinic U Thong Hospital Suphanburi Province. *District Medical Journal* 2021. 42(2): 255-67. (in Thai)

12. Gibson H C. A concept analysis of empowerment, Journal of Advance Nursing.1991; 16(3): 354-61.
13. Mongkol S, Results of the empowerment program on blood sugar levels and quality The lives of patients with type 2 diabetes, Ban Sa Khlo Subdistrict Health Promoting Hospital, District Mueang Phitsanulok Province. Journal of Health Nursing and Public Health. 2022; 1(1): 1-13. (in Thai)
14. Thatphanom crown prince Hospital. Number of patients with chronic kidney disease receiving services at the hospital. HDC database of Thatphanom crown prince Hospital. Retrieved 28 June 2023. (in Thai)
15. Worapitthayaporn C, Malatham P, Phinichkajorndet N. Relationships between knowledge Health literacy and health behaviors of elderly people with kidney disease Chronic, Ramathibodi Nursing Journal. 2020; 27(1): 81-95. (in Thai)
16. The committee created the Thai version of the preliminary brain condition test, Institute of Geriatric Medicine. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (Year not specified). Basic brain condition test edition. Thai language MMSE-Thai ;2002. (in Thai)
17. Klaiprayong P. Effectiveness of health education programs in promoting behavior. Practice slowing down the deterioration of the kidneys into the end stage of chronic kidney disease. of patients with chronic kidney diseases 3 and 4 at the outpatient department of Internal Medicine for kidney disease Ramathibodi Hospital [master's thesis]. Graduate School Kasetsart University: Kasetsart University; 2007. (in Thai)
18. Anuekajit D, Empowerment that affects school teachers' organizational commitment. Private sector, Nakhon Pathom province. Master of Education Thesis Educational Administration field Silpakorn University; 2017. (in Thai)
19. Leurmarukul W & Meetam P. Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version), Thai Journal of Pharmaceutical Science. 2005; 9(1):69-88. (in Thai)
20. Sanguachang N, Nakagsien P, Kranowat K. Factors Predicting Delayed Progression of CKD Behavior among Patients with Chronic Kidney Disease Stage G1-G2. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2022; 23(2):339-47. (in Thai)
21. Yodrayap R & Churos SA. Comparison of Quality-of-Life Pre-Post Empowerment Chronic Kidney Disease Stage 5 Patients Who Maintain Palliative Care, Sawaengha District, Angthong Province. Royal Thai Air Force Medical Gazette. 2020; 66(2): 1-13. (in Thai)
22. Chosiwsakul K & Piasue N. Results of empowerment in patients with kidney disease. Chronic stage 3 with complex problems: a case study report. Journal of Nursing Practice and Thai Midwifery. 2019; 6(1): 88-99. (in Thai)
23. Supraditthaaporn W. Results of a supportive and educational nursing program. On dietary behavior and clinical outcomes of elderly people with chronic kidney disease, stages 3-4, Kidney Disease Clinic, Tha Tako Hospital. Northern Journal of Science and Technology. 2022; 3(4): 1-22. (in Thai)

ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี Quality of Life Level and Factors Associated with Quality of Life in Healthcare Personnel in Nopparat Rajathanee Hospital

พัชรพล ภูพิทยา* ศรีวิทย์ โอสธศิลป์

Pacharapon Poopitaya* Sornwit Osothsinlp

สถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10230

Occupational and Environmental Medicine Institute, Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok, Thailand 10230

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 423 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้คือเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินความเครียด ST-5 โดยระดับคุณภาพชีวิตและตัวแปรแยกประเภทนำเสนอเป็นร้อยละและความถี่ วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) จากนั้นนำมาหาความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 77.8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.3 คะแนน จากการศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีอยู่ร้อยละ 20.1 โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ได้แก่ เพศ ($OR_{adj} = 3.59$; 95% CI: 1.04-12.33) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 3.76$; 95% CI: 1.49-9.53) สถานะทางเศรษฐกิจ ($OR_{adj} = 13.5$; 95% CI: 5.59-32.54) และระดับความเครียด ($OR_{adj} = 7.90$; 95% CI: 3.28-19.05) ในขณะที่ปัจจัยด้านการงานที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ได้แก่ ระดับรายได้ต่อเดือน ($OR_{adj} = 3.03$; 95% CI: 1.05-8.79) และลักษณะการจ้างงาน ($OR_{adj} = 3.39$; 95% CI: 1.29-8.90)

จากผลการวิจัยที่ศึกษาทำให้ได้ข้อเสนอแนะ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตในบุคลากรทางการแพทย์ได้ เช่น การรณรงค์เรื่องการลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบุคลากรหรือการปรับตำแหน่งงานและให้ค่าตอบแทนการทำงานแก่บุคลากรอย่างเหมาะสม เป็นต้น

คำสำคัญ : บุคลากรทางการแพทย์, คุณภาพชีวิต, ความเครียด

Abstract

This research is a descriptive cross-sectional study aimed to investigate level of quality of life of medical personnel and factors related to the quality of life of medical personnel. The samples obtained from stratified sampling were 423 healthcare personnel who worked in Nopparat Rajathanee hospital. Quality of life was assessed by WHOQOL- BREF-THAI version and associated factors were assessed by ST-5 questionnaire. Categorical variables were presented as percentages and frequencies. Those associated factors to quality of life were analyzed using the Chi-square test, then the relationship was found using multiple logistic regression analysis. The statistical significance was $p\text{-value} < .05$

The results of the study found that medical personnel in Nopparat Rajathanee hospital have an overall quality of life at a moderate level. The mean quality of life score was 77.8 points, with a standard deviation of 15.3 points. From the study, 20.1 percent of medical personnel had poor quality of life. Personal factors that were associated with poor quality of life included gender ($OR_{adj} = 3.59$; 95% CI: 1.04-12.33), history of alcohol use ($OR_{adj} = 3.76$; 95% CI: 1.49-9.53), economic status ($OR_{adj} = 13.5$; 95% CI: 5.59-32.54) and stress level ($OR_{adj} = 7.90$; 95% CI: 3.28-19.05), while work factors that were related to poor quality of life included monthly income level ($OR_{adj} = 3.03$; 95% CI: 1.05-8.79) and employment type ($OR_{adj} = 3.39$; 95% CI: 1.29-8.90)

The research findings have led to the development of recommendations that are believed to be able to improve the quality of life of medical personnel. These recommendations include, for example, campaigns to reduce alcohol consumption among personnel and the adjustment of job positions and compensation to reflect the value of their work.

Keywords : Healthcare personnel, Quality of life, Stress

บทนำ

การทำงานในองค์กรต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงที่โรงพยาบาล ด้วย การดูแลใส่ใจบุคลากรเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งจากแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมได้กล่าวว่า “คนเป็นศูนย์กลางของการ พัฒนา” จึงกล่าวได้ว่า การจะพัฒนาองค์กรนั้นต้องทำให้ บุคลากรในองค์กรมีความสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อน¹ และเนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญที่บุคลากร ทุกคนต้องการ จึงเป็นเรื่องที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ เพราะหากสามารถทำให้บุคลากรในองค์กรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมส่งผลให้บุคลากรสามารถทุ่มเทเวลาในการทำงานได้เต็มที่ และทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในทางตรงข้าม หากคุณภาพชีวิตของบุคลากรไม่ดี จะส่งผลให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ขาดประสิทธิภาพและแรงจูงใจในการทำงาน จนอาจ เลือกที่จะลาออกจากงานได้

จากผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2565) พบว่ามีแพทย์ลาออก ถึงเฉลี่ยปีละ 455 คน ซึ่งยังไม่รวมอัตราเกษียณ² นอกจากนั้น

ยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจลาออก ของแพทย์จากสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2561 ได้กล่าวว่า ความเครียดจากงาน ความพึงพอใจในค่าจ้าง และความพึงพอใจในงาน มีอิทธิพลต่อความตั้งใจลาออก ของแพทย์³ และจากบทสัมภาษณ์ของตัวแทนสหภาพพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลได้กล่าวว่า ปัญหาภาระงานของบุคลากร ทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นปัญหาที่สะสมมานาน โดยมีสาเหตุจากมีภาระงานและชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป โดยข้อมูลจากสภาการพยาบาลพบว่า มีพยาบาลจบใหม่ที่เข้า ปฏิบัติงานปีแรกลาออกถึงร้อยละ 48.86 และในปีที่สองลาออก ร้อยละ 25 ทำให้อัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอ แม้จะมีการผลิตพยาบาลจบใหม่เฉลี่ย 10,000 คนต่อปี แต่มีการลาออก เฉลี่ยถึง 7,000 คนต่อปี⁴

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตส่งผลต่อ การคงอยู่และการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพของบุคลากร ทางการแพทย์ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์

ได้แก่ เพศ⁵ อายุ^{6,9} สถานภาพสมรส⁷ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์^{8,14} ประวัติการสูบบุหรี่^{8,12} สถานะทางเศรษฐกิจ⁸ อาชีพ⁹ ระดับการศึกษา^{5,10} ระดับรายได้ต่อเดือน^{5,10,12} และความเครียด^{8,11,13} อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ทำในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2565 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 และมีกระบวนการทางการแพทย์เพื่อเฝ้าระวังเชื้อไวรัสอย่างเคร่งครัด ทำให้ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น ในขณะที่ปัจจุบันเริ่มมีการผ่อนคลายความตึงเครียดต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ลง ทางผู้วิจัยจึงมองว่าเป็นโอกาสที่ดีในการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์อีกครั้งว่า ผลมีความแตกต่างหรือเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิขนาด 572 เตียง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีผู้เข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก โดยมีบุคลากรในโรงพยาบาลกว่า 2,000 คน ถือเป็นโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ที่สุดในกรุงเทพมหานครวันออก นอกจากนี้ในโรงพยาบาลยังมีบุคลากรซึ่งนับถือศาสนาอิสลามอยู่เป็นจำนวนมาก โดยจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีศาสนาที่แตกต่างกันมาก่อน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยเชื่อว่าผลการศึกษานี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลและนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลแห่งอื่นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการทำงาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) โดย

ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 2,017 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 349 คน โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel¹⁵ เมื่อกำหนด Non-response rate เท่ากับร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลจึงเท่ากับ 466 คน หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ออกเป็น 6 กลุ่ม อาชีพ ได้แก่ แพทย์และทันตแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ บุคลากรทางทันตกรรม บุคลากรในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข และผู้ให้บริการและจัดการสาธารณสุขด้านอื่น ๆ จากนั้นจึงสุ่มในแต่ละกลุ่มให้ได้สัดส่วนตามที่ได้คำนวณไว้ข้างต้น คือ $466/2,017 = 23\%$ โดยกลุ่มอาชีพที่มีจำนวนน้อยกว่า 61 คน จะถูกเลือกมาทั้งหมดรวมทั้งสิ้นได้ 543 คน

โดยหลังจากได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปแจกจ่ายให้บุคลากรแต่ละแผนกด้วยตนเอง และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามก่อนจะนำแบบสอบถามที่กรอกแล้วกลับมาลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต โดยประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การมีบุตร ศาสนา ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สถานะทางเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับรายได้ต่อเดือน เวลาในการทำงานต่อสัปดาห์ อาชีพ ลักษณะการจ้างงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ST-5 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁶ เป็นแบบสอบถามความเครียดที่มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยการประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ทำแบบสอบถาม ในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 ตามความถี่ที่ตรงกับตัวผู้ทำแบบสอบถามมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ซึ่งมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient

เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 เทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ¹⁷ โดยผลจากแบบสอบถามดังกล่าวจะแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 26 ถึง 60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, 61 ถึง 95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 ถึง 130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่เอกสารรับรอง 21/2567 วันที่ให้การรับรอง วันที่ 27 พ.ย. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและด้านการทำงานกับระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Chi-square test

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและด้านการทำงานกับระดับคุณภาพชีวิตซึ่งแบ่งเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) และระดับคุณภาพชีวิตปานกลางถึงดี (61-130 คะแนน) โดยใช้วิธี Crude analysis และ Multiple logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และรายงานผลการศึกษาด้วย Odds ratio (OR) และ 95% Confidence interval (95% CI)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้เข้าไปแจกแบบสอบถามตามหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ตามรายชื่อที่ได้สุ่มไว้แยกตามกลุ่มอาชีพ รวมทั้งสิ้น 553 คน และได้รับแบบสอบถามกลับคืนทั้งสิ้น 423 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับที่ร้อยละ 77.8 โดยกลุ่มอาชีพที่มีการตอบกลับมากที่สุดคือ บุคลากรทางเภสัชกรรม คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 92.6 และกลุ่มอาชีพที่มีการตอบกลับน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 57.1 โดยได้ข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (n = 423)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวนคน	ร้อยละ
คะแนนคุณภาพชีวิต (Mean ± S.D.)	77.8 ± 15.3	
คุณภาพชีวิตดี	72	17.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	266	62.9
คุณภาพชีวิตไม่ดี	85	20.1

บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 77.8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.3 คะแนน และพบบุคลากรที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 85 คน (ร้อยละ 20.1)

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานและคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 423)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวนคน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลางถึงดี จำนวนคน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			< 0.001*
หญิง	56 (65.9)	284 (84.0)	
ชาย	29 (34.1)	54 (16.0)	
อายุ			0.006*
Mean ± S.D. (ปี)	31.6 ± 8.9	36.8 ± 10.8	
มากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี	10 (11.8)	87 (25.7)	
น้อยกว่า 45 ปี	75 (88.2)	251 (74.3)	
การมีบุตร			0.012*
มีบุตร	30 (35.3)	171 (50.6)	
ไม่มีบุตร	55 (64.7)	167 (49.4)	
สถานภาพสมรส			0.022*
สมรส	29 (34.1)	172 (50.9)	
โสด	51 (60.0)	152 (45.0)	
หย่าร้าง/หม้าย	5 (26.3)	14 (4.1)	
ศาสนา			0.226
พุทธ	67 (78.8)	285 (84.3)	
อิสลาม	18 (21.2)	53 (15.7)	
ระดับการศึกษา			< 0.001*
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	38 (44.7)	260 (76.9)	
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	47 (55.3)	78 (23.1)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)			0.749
Mean ± S.D.	24.4 ± 3.4	24.3 ± 5.3	
< 25.0	54 (63.5)	221 (65.4)	
≥ 25.0	31 (36.5)	117 (34.6)	
ประวัติการสูบบุหรี่			< 0.001*
ไม่เคยสูบ	61 (71.8)	306 (90.5)	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7 (8.2)	25 (7.4)	
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	17 (20.0)	7 (2.1)	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์			< 0.001*
ไม่เคยดื่ม	25 (29.4)	223 (66.0)	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	15 (17.7)	55 (16.3)	
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	45 (52.9)	60 (17.7)	
สถานะทางเศรษฐกิจ			< 0.001*
ไม่มีหนี้สิน	19 (22.4)	292 (86.4)	
มีหนี้สิน	66 (77.6)	46 (13.6)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานและคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 423) (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลางถึงดี	p-value
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	
ระดับความเครียด			< 0.001*
ความเครียดน้อย	13 (15.3)	210 (62.1)	
ความเครียดปานกลางถึงมาก	72 (84.7)	128 (37.9)	
สิทธิการรักษาพยาบาล			< 0.001*
เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	18 (21.2)	187 (55.3)	
ประกันสังคม	45 (53.0)	144 (42.6)	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	22 (25.8)	7 (2.1)	
ระดับรายได้ต่อเดือน			< 0.001*
ตั้งแต่ 15,000 บาท ขึ้นไป	45 (52.9)	299 (88.5)	
น้อยกว่า 15,000 บาท	40 (47.1)	39 (11.5)	
อาชีพ			0.039*
แพทย์และทันตแพทย์	5 (5.9)	26 (7.7)	
พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์	18 (21.2)	119 (35.2)	
บุคลากรทางเภสัชกรรม	5 (5.9)	18 (5.3)	
บุคลากรในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	5 (5.9)	30 (8.9)	
เจ้าหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข	4 (4.7)	20 (5.9)	
ผู้ให้บริการและจัดการสาธารณสุขด้านอื่น	48 (56.4)	125 (37.0)	
เวลาในการทำงานต่อสัปดาห์			0.409
ไม่เกิน 48 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์	39 (45.9)	172 (50.9)	
มากกว่า 48 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์	46 (54.1)	166 (49.1)	
ลักษณะงานการจ้างงาน			< 0.001*
พนักงานประจำ	52 (61.2)	301 (89.1)	
พนักงานชั่วคราว	33 (38.8)	37 (10.9)	

เมื่อเปรียบเทียบตัวอย่างในกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางถึงดีกับกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี โดยแสดงร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่ามีปัจจัยที่ไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม ได้แก่ ศาสนา ดัชนีมวลกายและเวลาในการทำงานต่อสัปดาห์

ส่วนปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม (p-value < .05) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การมีบุตร ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สถานะเศรษฐกิจ ระดับความเครียด สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับรายได้ต่อเดือน อาชีพและลักษณะการจ้างงาน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 423)

ปัจจัย	Crude odds ratio (95% CI)	p-value	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value
เพศ	< 0.001*		0.043*	
หญิง	1		1	
ชาย	2.72 (1.60 – 4.65)		3.59 (1.04 – 12.33)	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		< 0.001*		0.017*
ไม่เคยดื่ม	1		1	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	2.43 (1.20 – 4.92)		2.35 (0.84 – 6.56)	
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	6.69 (3.79 – 11.78)		3.76 (1.49 – 9.53)	
สถานะทางเศรษฐกิจ		< 0.001*		< 0.001*
ไม่มีหนี้สิน	1		1	
มีหนี้สิน	22.1 (12.1 – 40.08)		13.5 (5.59 – 32.54)	
ระดับความเครียด		< 0.001*		< 0.001*
ความเครียดน้อย	1		1	
ความเครียดปานกลางถึงมาก	9.08 (4.83 – 17.06)		7.90 (3.28 – 19.05)	
ระดับรายได้ต่อเดือน		< 0.001*		0.041*
ตั้งแต่ 15,000 บาท ขึ้นไป	1		1	
น้อยกว่า 15,000 บาท	6.81 (3.97 – 11.71)		3.03 (1.05 – 8.79)	
ลักษณะงานการจ้างงาน		< 0.001*		0.013*
พนักงานประจำ	1		1	
พนักงานชั่วคราว	5.16 (2.97 – 8.98)		3.39 (1.29 – 8.90)	

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับคุณภาพชีวิตด้วยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression analysis) โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ได้แก่ เพศ อายุ สถานะทางการเงิน การมีบุตร ศาสนา ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สถานะเศรษฐกิจ ระดับความเครียด สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับรายได้ต่อเดือน เวลาในการทำงาน ต่อสัปดาห์ อาชีพและลักษณะการจ้างงาน โดยแสดงด้วย Adjusted odds ratio และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ ($OR_{adj} = 3.59$; 95% CI: 1.04-12.33) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 3.76$; 95% CI: 1.49-9.53) สถานะทางเศรษฐกิจ ($OR_{adj} = 13.5$; 95% CI: 5.59-32.54) และระดับความเครียด ($OR_{adj} = 7.90$; 95% CI: 3.28-19.05) ในขณะที่ปัจจัยด้านการจ้างงานที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

ได้แก่ ระดับรายได้ต่อเดือน ($OR_{adj} = 3.03$; 95% CI: 1.05-8.79) และลักษณะการจ้างงาน ($OR_{adj} = 3.39$; 95% CI: 1.29-8.90)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

จากการศึกษาเรื่องระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.9 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแบบสอบถามประเมินระดับคุณภาพชีวิตถูกออกแบบมาเพื่อให้สามารถแบ่งคนที่มีระดับคุณภาพชีวิตทั้งสามรูปแบบออกจากกัน เป็นการแจกแจงแบบปกติ ทำให้ค่าเฉลี่ยนั้นอยู่ที่คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁵ โดยในการศึกษาดังกล่าว พบว่ามีบุคลากรส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่

ในระดับปานกลางร้อยละ 57.6 อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้มีบุคลากรที่มีคุณภาพชีวิตไม่ถึงร้อยละ 20.1 ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาดังกล่าว⁵ ที่พบบุคลากรที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีเพียงร้อยละ 1.1 ซึ่งอาจเกิดจากภาระงานที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลระดับตติยภูมิกับโรงพยาบาลชุมชน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์

2.1 เพศ พบว่าในเพศชาย มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เป็น 3.59 เท่า (95% CI = 1.04 – 12.33) เมื่อเทียบกับเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า⁵ ซึ่งพบว่าในเพศหญิงนั้นมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากจำนวนในการศึกษาของงานวิจัยดังกล่าว มีอัตราส่วนเพศชายและหญิงในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนเพศชายน้อยกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า จึงอาจทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันได้

2.2 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ที่ยังคงดื่มแอลกอฮอล์อยู่มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเป็น 3.76 เท่า (95% CI = 1.49 – 9.53) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁸ อาจเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์นั้นเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทะเลาะวิวาทและมีโอกาสทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายหากดื่มเป็นประจำ โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 มีงานวิจัยซึ่งกล่าวว่า¹⁴ การดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นหนึ่งในวิธีซึ่งผู้คนใช้เพื่อเผชิญปัญหาเรื่องภาระงานที่หนักมากขึ้น โดยเชื่อว่ามีผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง

2.3 สถานะทางเศรษฐกิจ พบว่าผู้ที่มีหนี้สินมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเป็น 13.5 เท่า (95% CI = 5.59 – 32.54) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มียอดหนี้สินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁸ อาจเนื่องจากการมีหนี้สิน อ้างอิงจากการศึกษาในอดีต¹⁸ พบว่าการมีหนี้สินสัมพันธ์กับการมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดี

2.4 ระดับความเครียด พบว่าผู้ที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงมากมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเป็น 7.9 เท่า (95% CI = 3.28 – 19.05) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความเครียดน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{11,13} โดยกรมสุขภาพจิต¹⁹ ได้กล่าวถึงผลของความเครียดว่า ความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานสามารถก่อให้เกิดผลเสียมากมาย ทั้งผลเสีย

ทางด้านสรีระ ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์และผลเสียด้านพฤติกรรม เป็นต้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผลเสียในแต่ละด้านที่เกิดจากความเครียดจะสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้

2.5 รายได้ต่อเดือน พบว่าผู้ที่มียารายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาทมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเป็น 3.03 เท่า (95% CI = 1.05 – 8.79) เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้เงินเดือนตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{5,10,12} อาจเนื่องจากการการมีรายได้ที่มากกว่าทำให้สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เช่น ที่อยู่อาศัยที่สะอาดและปลอดภัย การคมนาคมที่รวดเร็วและการเข้าถึงสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น องค์ประกอบเหล่านี้อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น จึงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นได้

2.6 ลักษณะการจ้างงาน พบว่าผู้ที่เป็นพนักงานชั่วคราวมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เป็น 3.39 เท่า (95% CI = 1.29 – 8.90) เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็นพนักงานประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้า⁹ ซึ่งพบว่าลักษณะการจ้างงานไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีนั้น พนักงานประจำคือกลุ่มคนที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานของรัฐ ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลที่นำมาเปรียบเทียบซึ่งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย จึงอาจทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันได้

จากการศึกษานี้ยังพบอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือการนับถือศาสนาอิสลาม มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ถึงแม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีพบบุคลากรที่นับถือศาสนาอิสลามอยู่มากถึงร้อยละ 16.8 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า^{5,9} ซึ่งมีบุคลากรนับถือศาสนาอิสลามอยู่ที่ร้อยละ 5.4 และ 4.9 ตามลำดับ จึงเป็นประเด็นที่ควรเฝ้าระวังต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรที่ดีและการทำงานในหน่วยงานมีประสิทธิภาพสูงสุด การพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยนโยบายเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น มีดังนี้

1. รณรงค์เรื่องการลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบุคลากร
2. ปรับตำแหน่งงานและให้ค่าตอบแทนการทำงาน

แก่บุคลากรอย่างเหมาะสม

3. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
สำหรับบุคลากร

4. บรรจุพนักงานชั่วคราว ให้เป็นพนักงานประจำ
หรือข้าราชการตามความเหมาะสม เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ
ให้แก่บุคลากร

นโยบายเหล่านี้สามารถนำไปเสนอแก่ผู้บริหาร
หรือฝ่ายทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล เพื่อจัดทำเป็นสโลแกน
และนโยบายองค์กร เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การประเมินคุณภาพชีวิตนั้น เป็นเรื่องส่วนบุคคล
ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยขึ้นกับสถานการณ์
และเวลาทำการประเมิน ซึ่งอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน
ของการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตได้ การศึกษาครั้งต่อไป
จึงควรทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตใน
แต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาในแต่ละกลุ่มอาชีพเพิ่มเติม
เนื่องจากในงานวิจัยนี้ บางกลุ่มอาชีพมีจำนวนผู้ตอบ
แบบสอบถามน้อยซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษามีความ
คลาดเคลื่อนได้

3. ควรมีการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่ใช้ทำนายคุณภาพ
ชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังในอนาคตต่อไป

References

1. Office of the National Economic and Social Development Council. The Twelfth National Economic and Social Development Plan. Bangkok; 2017. (in Thai)
2. Santitham W. Thailand's doctor shortage problem. Research Article Review of National Assembly Library of Thailand. 2023;38(1):1-17
3. Asawarungruang W. Factors influencing intention to quit of physician from healthcare facility in Bangkok. (thesis). Bangkok: University of the Thai Chamber of Commerce; 2018. (in Thai)
4. Luengamornlert S. The role of nurses in the post-COVID era. Bangkok, Thailand: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2022. (in Thai)
5. Liang Y, Wang H, Tao X. Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile. International Journal for Equity in Health. 2015;14(2):85-96.
6. Kampeera W. Quality of life among physicians in rural hospital, Songkhla province.(thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2018. (in Thai)
7. Pechnil R. Factors affecting quality of life of public health personnel in during pandemic of coronavirus disease 2019 in Chumphon province. Journal of environmental and community health. 2022;7(1):259-68. (in Thai)
8. Jung G & Oh J. Factors Affecting Health-Related Quality of Life among Healthcare Workers during COVID-19: A Cross-Sectional Study. Medicina (Kaunas). 2022;59(1):38-49.
9. Chumporn C & Kensila U, Tungchaidee N, Kongsomboon K. Factors Influencing the Quality of Life of Nursing Department Personnel at Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center Nakhonnayok Province. (thesis). Nakhonnayok : Srinakharinwirot University; 2018. (In Thai)
10. Khunsri Y, Aujirapongpan S, Ritkaew S, Ru-zhe J. Quality of Life and Social Responsibility of Medical Personnel during the Epidemic of the COVID-19 Virus (COVID-19) Crisis in the Southern Region of Thailand. The Journal of Development Administration Research 2022; 2(1):323-37. (in Thai)
11. Woon LS, Mansor NS, Mohamad MA, Teoh SH, Leong Bin Abdullah MFI. Quality of Life and Its Predictive Factors Among Healthcare Workers After the End of a Movement Lockdown: The Salient Roles of COVID-19 Stressors, Psychological Experience, and Social Support. Front Psychol. 2021;12(1):623-52.

12. Rahman MA, Sagar SK, Dalal K, Basha SY, Ara T, Khan MA, Saha S. et al. Quality of life among health care workers with and without prior COVID-19 infection in Bangladesh. *BioMed Central Health Services Research*. 2022; 22(1):823-34.
13. Saenrueang T, Junnual N, Sangwalee W. Factors associated with quality of life among medical students at College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University*. 2022;5(1):44-51.
14. Wittenberg E, Labutte C, Thornburg B, Gebreselassie A, Barbosa C, Bray JW. Alcohol consumption and health-related quality of life in the US during the COVID-19 pandemic: a US national survey. *The Journal of Patient Reported Outcomes*. 2022;6(1):106-14.
15. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 7th edn. Wayne W. Daniel, Wiley, 1999.
16. Silpakij A. ST-5, Stress test questionnaire. *Journal of mental health of Thailand*. 2008; 16(3): 177-85 (in Thai)
17. Mahatnirunkul S, Tantip W, Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Prommanajirangkul W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF. *Journal of Mental Health Thailand*. 1998;5(1):4-15. (in Thai)
18. Ryu S & Fan L. The Relationship Between Financial Worries and Psychological Distress Among U.S. Adults. *Journal of Family and Economic Issues*. 2023;44(1):16-33.
19. Department of Mental Health. Stress and Mental Health of Thais. Department of Mental Health Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ดูแลหลัก ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

The Effects of Promote Early Childhood Development Program for Main Caregiver in Jomtong Sub District, Mueang District in Phitsanulok Province

ณัฐธิดา สร้อยเพชร¹ กมลทิพย์ ใจมาคำ^{*1} เพชรีย์ ภูณาสะสิริ²

Nutcha Soiphet¹ Kamontip Chaimakham^{*1} Petcharee Kunalasiri²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

¹Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand 65000

²คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ตาก ประเทศไทย 63000

²Faculty of Nursing, Northern College, Tak, Thailand 63000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ดูแลหลักตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง บิดามารดา หรือผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ คือโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีอิริคสัน และเพียเจต์ ดำเนินการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความรู้ในกลุ่มทดลองและกิจกรรมให้สุขศึกษาในกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (ด้านการพยาบาลเด็ก พัฒนาการเด็ก การวิจัยและประเมินผล) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.68-1.00 ค่าความตรงเชิงเนื้อหาแบบวัดความรู้ (KR20) เท่ากับ .84 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรม (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (t-test independent) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลหลักมีความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลหลักทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้น แต่การประยุกต์ใช้โปรแกรมต้องปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ด้วย

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, ผู้ดูแลหลัก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of promote early childhood development program for main caregiver in Jomtong subdistrict, Mueang district in Phitsanulok province. The purposive samples consisted of 60 fathers or mothers or main caregivers which divided to 30 experimental group and 30 controlled group. Research instrument was early childhood development program which applied from Erikson's and Piaget's theory by exchange experiences and knowledge for experimental group and provide health

*Corresponding Author: *E-mail: milk.ra13@gmail.com

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนโดย กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม งบประมาณเพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน ประจำปี พ.ศ. 2566

วันที่รับ (received): 3 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 มิ.ย. 2567

education for controlled group. Data collected knowledge and behavior of the promote early childhood development by test and questionnaire. The instruments were tested from three experts consist of pediatric nursing, child development and research and evaluation. The reliability of the knowledge tests was .84 (KR20). The Cronbach's alpha coefficients of behavior questionnaire on early childhood development promoting was .90. Data analysis was descriptive statistic such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and variance analysis was t-test independent. The results found statistically significant of difference of knowledge and behavior for promote early childhood development of experimental group who received early childhood development program had higher than controlled group ($P < .05$).

Conclusion and recommendations: The program increased knowledge and behavior in promoting early childhood development, but have to concerned local context as well.

Keywords : program of childhood developmental, early childhood, main caregiver

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเซลล์สมองจะเจริญเติบโตได้มากถึงร้อยละ 90 ของวัยผู้ใหญ่ การเจริญเติบโตเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว พฤติกรรมการแสดงออกของเด็กจะสะท้อนถึงพัฒนาการของสมอง และระบบประสาทที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา และสภาพแวดล้อมภายหลังคลอด¹ ซึ่งถือเป็นรากฐานของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิตทุกด้านที่สำคัญของเด็ก เป็นระยะที่เด็กเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายของพัฒนาการในทุก ๆ ด้าน สัดส่วนร่างกายเด็กมีการเพิ่มอย่างก้าวกระโดดทั้งน้ำหนัก ความยาวลำตัว เส้นรอบศีรษะ วัยนี้สามารถเริ่มทำอะไรได้เอง เช่น หยิบอาหาร รับประทานเอง ดื่มนมเอง ชี้บอกความต้องการ และพูดสื่อสารอย่างง่ายได้ และเป็นวัยแห่งการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมและสังคมรอบตัว² หากมีพัฒนาการที่ดี และสมวัยจะส่งผลให้มีความสามารถหรือพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ทักษะต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพจากบิดามารดาหรือผู้ดูแล³

จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ⁴ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรงด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว⁵ ในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2566 พบว่าเด็กปฐมวัยร้อยละ 56 จากจำนวน 3,604,033 คน อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 86.3 อยู่ในโรงเรียนระดับชั้นปฐมวัย

ในเด็กอายุ 3-4 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 77.46 และมีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 22.52⁶ การส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็กจึงเป็นส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย การที่จะดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องทราบถึงพัฒนาการของเด็กแต่ละคน อาจมีระดับพัฒนาการที่แตกต่างกันแม้อยู่ในช่วงวัยเดียวกัน รวมทั้งพัฒนาการของเด็กปฐมวัยเกี่ยวข้องกับรูปแบบของการเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลหลักมีบทบาทสำคัญในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยและมีพัฒนาการดีขึ้น⁷ และจากการศึกษาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยหลังการทดลองร้อยละ 89.5 ความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลอง 2.75 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=1.17-5.33, p-value=.037) และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง 17.32 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=11.6-23.03, p-value<.001)⁸ และการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กซึ่งศึกษาในผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยจำนวน 194 ราย จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 แห่ง พบว่าความรู้ของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.429$, $p<.001$)⁹ และกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบว่าเด็กที่มารดาไม่ได้รับการสอนวิธีการใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรของตนเองมี

โอกาสเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กกลุ่มที่มารดาได้รับการสอน 8.6 เท่า¹⁰

จากรายงานประจำปี 2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าเด็กอายุระหว่าง 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าไม่เป็นไปตามวัยร้อยละ 24¹¹ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นและติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มบิดามารดาและผู้ดูแลหลักเด็กปฐมวัย พบว่าต้องการความร่วมมือจากกลุ่มผู้วิจัยในการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งการส่งเสริมให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลหลักมีความรู้และทักษะดังกล่าวจะทำให้บิดามารดาสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้มากขึ้น นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของครูพี่เลี้ยงเด็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคและวางแผนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแลหลักจะทำให้บิดามารดาและผู้ดูแลหลักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้เหมาะสมมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นเรื่องที่สำคัญของระดับประเทศ ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสันที่มีความเชื่อว่าจิตใจของบุคคลต้องมีการพัฒนามาเป็นระยะ จิตใจของบุคคลพัฒนามาจากการหล่อหลอมของสิ่งแวดล้อมทางสังคม ชีวิตในแต่ละวัยเป็นเครื่องทดสอบความสามารถของบุคคล ถ้าผ่านไปได้สำเร็จก็จะพบกับประสบการณ์ที่ดี¹² และทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาหรือพัฒนาการด้านการรู้คิดของเพียเจต์ ที่กล่าวถึงพัฒนาการของเด็กเป็นไปตามระดับวุฒิภาวะ การสะสมการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์กับสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม¹³

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ดูแลหลัก ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยประยุกต์ทฤษฎีอีริกสันและเพียเจต์มาใช้ในกิจกรรมของโปรแกรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลหลักในด้านความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีอีริกสัน ในมิติการพัฒนามนุษย์ที่มีตัวกระตุ้น 2 ส่วน คือความต้องการด้านจิตใจกับความคาดหวังทางสังคม ซึ่งต้องประสานกันให้ดีจึงจะผ่านไปได้ในแต่ละช่วงวัย และมีพัฒนาการมีตัวตนในทางที่ควรจะเป็นของแต่ละวัย แต่ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากคนที่เป็ “คนสำคัญ” ที่อยู่รอบตัวเด็กก็จะจะมีพัฒนาการตัวตนและมีพฤติกรรมในทางตรงกันข้าม โดยเด็กปฐมวัยต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดูแลเอาใจใส่ทุกด้าน ถ้าได้รับการดูแลเอาใจใส่ได้รับสัมผัสอ่อนโยนอบอุ่น ได้รับความรักความพอใจทั้งทางร่างกายและจิตใจ และได้รับความรักความอบอุ่นผูกพันจากบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูอย่างเต็มที่ เด็กจะเรียนรู้ที่จะไว้วางใจในสิ่งแวดล้อมในคนที่ใกล้ชิด คนที่สำคัญที่สุดคือ บิดามารดา ผู้ดูแลหลัก สิ่งสำคัญต่อพัฒนาการในช่วงวัยนี้คือการสร้างความผูกพัน เพราะสมองส่วนอารมณ์ และสัญชาตญาณทำงานมากกว่า ในขั้นตอนนี้ถ้าดูแลไม่ดี เด็กจะรู้สึกไม่มีตัวตน ควบคุมตัวเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น¹²

ทฤษฎีเพียเจต์ที่ให้ความสำคัญการพัฒนาการของแต่ละบุคคลที่พัฒนามาจากการหล่อหลอมของสิ่งแวดล้อมทางสังคมในแต่ละวัย และพัฒนาการทางสติปัญญาหรือพัฒนาการด้านการรู้คิด เพียเจต์ได้เน้นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนจะเรียนรู้ด้วยตนเองมากที่สุด การจัดกิจกรรมของเด็กเล็ก ๆ ต้องอยู่ในลักษณะที่เป็นกิจกรรมต่อสิ่งรอบ ๆ ตัวของเด็ก เพราะพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยนี้อยู่ในขั้น sensory-motor¹³

ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลหลักในด้านความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจัดกิจกรรมโดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความรู้ 8 เรื่อง ได้แก่ 1) เด็ก

ไทยเติบโตอย่างเป็นสุข 2) อาหารตามวัยใส่ใจสุขภาพ 3) ร่างกายเจริญเติบโตสมวัย 4) เข้าใจภาษาเรียนรู้ได้ไกล 5) ใส่ใจพฤติกรรม และพฤติกรรมที่พบได้ในวัยปฐมวัย 6) เล่นตามวัยเหมาะสมช่วยกระตุ้นพัฒนาการ 7) ทักษะสื่อสารเชิงบวก 8) ครอบครัวอุ่นใจ ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อน และหลังการทดลอง (pretest-posttest with control group design) ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดามารดา หรือผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กแรกเกิด-6 ปี ที่มีภูมิลำเนาที่ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในปี 2566 จำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ บิดามารดา หรือผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กแรกเกิด-6 ปี ที่มีภูมิลำเนาที่ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .50 แล้วนำมาเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen (1992)¹⁴ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) กลุ่มทดลอง คือ บิดามารดา หรือผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กแรกเกิด-6 ปี ที่มีภูมิลำเนาที่ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน

2) กลุ่มควบคุม คือ บิดามารดา หรือผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กแรกเกิด-6 ปี ที่มีภูมิลำเนาที่ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลจอมทอง 2) เป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยตรงกับเด็กปฐมวัย เป็นญาติสายตรง 3) มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัย อย่างน้อย 3 ปี 4) มีอำนาจทางกฎหมายในการดูแลเด็กปฐมวัย 5) เข้าร่วมกิจกรรมได้เต็มเวลา 6) สามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) มีใบรับรองแพทย์ว่ามีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด

การมองเห็น และการสื่อสาร 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการทดลอง 8 สัปดาห์

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิด ทฤษฎีอิริคสัน และทฤษฎีเพียเจต์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ 8 เรื่อง ได้แก่ 1) เด็กไทยเติบโตอย่างเป็นสุข 2) อาหารตามวัยใส่ใจสุขภาพ 3) ร่างกายเจริญเติบโตสมวัย 4) เข้าใจภาษาเรียนรู้ได้ไกล 5) ใส่ใจพฤติกรรม และพฤติกรรมที่พบได้ในวัยปฐมวัย 6) เล่นตามวัยเหมาะสมช่วยกระตุ้นพัฒนาการ 7) ทักษะสื่อสารเชิงบวก 8) ครอบครัวอุ่นใจ ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 60 นาที โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมในประเด็นหัวข้อที่กำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ หรือให้เติมคำตอบลงในช่องว่างที่ระบุ ประกอบด้วยคำถาม ได้แก่ ช่วงอายุ เพศ ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว ลักษณะผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 66 ข้อ โดยใช้แบบวัดความรู้ปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ สูง = 51-66 คะแนน, ปานกลาง = 45-50, ต่ำ = 0-44¹⁵

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นแบบวัดประมาณค่า จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ไม่เคยปฏิบัติได้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน และปฏิบัติทุกวัน ได้ 4 คะแนน โดยแบ่งคะแนน 3.51-4.00 อยู่ในระดับดีมาก 2.51-3.50 อยู่ในระดับดี 1.51-2.50 อยู่ในระดับปานกลาง และ 1.00-1.50 อยู่ในระดับน้อย¹⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลสาขา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก พัฒนาการเด็ก วิจัยและ

ประเมินผล มีค่าตรงกันความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
วัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC)
ระหว่าง 0.68-1.00 และได้้นำโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ
เด็กปฐมวัยไปใช้ในกลุ่มอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่ม
ตัวอย่าง และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และ
กลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์
สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 60 นาที ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ
(Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มอาสาสมัคร
ในพื้นที่ตำบลจอมทอง แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของ
แบบวัดความรู้โดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR20)
ได้เท่ากับ .84 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบวัด
พฤติกรรมโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
(Cronbach's alpha coefficient) .90 สามารถนำไปใช้ในการ
เก็บรวบรวมข้อมูลได้¹⁶

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยตาม
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏพิบูลสงคราม COA No. 038/2023 วันที่รับรอง
21 กรกฎาคม 2566 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ในการวิจัยครั้งนี้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ก่อนการทดลอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการ
เก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มจนเป็นที่เข้าใจ จากนั้นดำเนินการ
ทดลองตามแบบแผนการทดลองทุกวันอังคาร เวลา 14.00-
15.00 น. ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง
เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยทีมผู้วิจัยดำเนินการเองทั้ง 2 กลุ่ม
กลุ่มทดลองเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความรู้ตาม
หัวข้อที่กำหนดในโปรแกรม กลุ่มควบคุมเป็นการให้สุศึกษา
ในหัวข้อที่งานแม่และเด็กโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จอมทองกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนการทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง (n = 30) Pretest		ผู้ดูแลหลัก	กลุ่มควบคุม (n = 30) Pretest
สัปดาห์ที่ 1 (X_1)	ทดสอบก่อนเรียน สร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความรู้ เรื่องเด็กไทยเติบโตอย่างเป็นสุข	สัปดาห์ที่ 1 ($\sim X_1$)	ทดสอบก่อนเรียน สร้างสัมพันธภาพ ให้สุศึกษา
สัปดาห์ที่ 2 (X_2)	แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความรู้ เรื่องอาหารตามวัย ใส่ใจสุขภาพ	สัปดาห์ที่ 2 ($\sim X_2$)	กิจกรรมให้สุศึกษา
สัปดาห์ที่ 3 (X_3)	แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความรู้ เรื่องร่างกายเจริญเติบโตสมวัย	สัปดาห์ที่ 3 ($\sim X_3$)	กิจกรรมให้สุศึกษา
สัปดาห์ที่ 4 (X_4)	แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความรู้ เรื่องเข้าใจภาษา เรียนรู้ได้ไกล	สัปดาห์ที่ 4 ($\sim X_4$)	กิจกรรมให้สุศึกษา
สัปดาห์ที่ 5 (X_5)	แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความรู้ เรื่องใส่ใจพฤติกรรม และพฤติกรรมที่พบได้ในวัยปฐมวัย	สัปดาห์ที่ 5 ($\sim X_5$)	กิจกรรมให้สุศึกษา
สัปดาห์ที่ 6 (X_6)	แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ เรื่องเล่นตามวัยเหมาะสม ช่วยกระตุ้นพัฒนาการ	สัปดาห์ที่ 6 ($\sim X_6$)	กิจกรรมให้สุศึกษา
สัปดาห์ที่ 7 (X_7)	แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ เรื่องทักษะการสื่อสารทางบวก	สัปดาห์ที่ 7 ($\sim X_7$)	กิจกรรมให้สุศึกษา
สัปดาห์ที่ 8 (X_8)	แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความรู้ เรื่องครอบครัวอุ่นใจ	สัปดาห์ที่ 8 ($\sim X_8$)	กิจกรรมให้สุศึกษา
Post-test			Post-test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของประชากร

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 73 เพศหญิงร้อยละ 83 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 77 มีรายได้ครอบครัวเดือนละ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 67 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ของเด็กปฐมวัยเป็นปู่ย่าตายาย ร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 76 เพศหญิงร้อยละ 80 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 77 มีรายได้ครอบครัวเดือนละ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 70 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ของเด็กปฐมวัยเป็นปู่ย่าตายาย ร้อยละ 77

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง

ค่าเฉลี่ยของตัวแปร (baseline mean) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไม่แตกต่างกัน

2.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง

ของค่าเฉลี่ย (difference of mean : d) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิจัยการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				
	n	Mean	SD	P-value	Mean	SD	d	P-value	95%CI
ความรู้									
การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย									
กลุ่มทดลอง	30	47.07	7.05	0.168	61.17	8.12	15.10	.001*	3.65-
กลุ่มควบคุม	30	48.87	7.10		50.27	10.97	1.40		14.14
พฤติกรรม									
การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย									
กลุ่มทดลอง	30	56.17	10.35	0.135	74.00	12.44	17.83	.003*	3.78-
กลุ่มควบคุม	30	60.53	11.33		62.50	13.54	1.97		17.22

* p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กปฐมวัย มีความแตกต่างด้านความรู้และพฤติกรรมพัฒนาเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามหัวข้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงาน และการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากผู้มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ คือผู้ดูแลหลักที่บ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้วิจัยได้ดำเนินการการสนทนากลุ่มผู้ดูแลหลักที่บ้าน อสม. รวมถึงการนำโปรแกรม

ที่ออกแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครจำนวน 30 คน ก่อนดำเนินการวิจัยจริง นอกจากนั้นการที่กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรม 8 เรื่อง คือ 1) เด็กไทยเติบโตอย่างเป็นสุข 2) อาหารตามวัยใส่ใจสุขภาพ 3) ร่างกายเจริญเติบโตสมวัย 4) เข้าใจภาษาเรียนรู้ได้ไกล 5) ใส่ใจพฤติกรรม และพฤติกรรมที่พบได้ในวัยปฐมวัย 6) เล่นตามวัยเหมาะสมช่วยกระตุ้นพัฒนาการ 7) ทักษะสื่อสารเชิงบวก 8) ครอบครัวอุ่นใจ เป็นการสร้างประสบการณ์ เสริมทักษะและให้ความรู้ด้วยกระบวนการสอนที่มีแบบแผน การฝึกปฏิบัติ การใช้สื่อการเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในการพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับบิดามารดาและผู้ปกครอง จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าโปรแกรมระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของบิดามารดาและผู้ปกครอง เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีระดับความรู้สูงขึ้น¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และทักษะของครูอนุบาลในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างครูอนุบาลจำนวน 48 คน ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย สังกัดกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 29 คน กลุ่มทดลอง 19 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้เรื่องพัฒนาการ และฝึกทักษะการคัดกรองพัฒนาการ กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามกรอบแนวคิดของ House ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีทักษะการคัดกรองพัฒนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p<.05$)¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี กลุ่มตัวอย่างคือเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเกาะพ้อ จังหวัดปัตตานี จำนวน 122 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่พัฒนาจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดัดแปลงโดยการเพิ่มนิทานตามช่วงวัยวิถีสลิม และบัตรคำส่งเสริมพัฒนาการเด็กสองภาษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีพัฒนาการปกติเพิ่มขึ้น หลังจากการกระตุ้นพัฒนาการเป็นระยะเวลาหนึ่งเดือนโดย

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล⁷ สอดคล้องกับการวิจัยในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแลเด็ก อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือบิดามารดาและผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 44 คน เข้าร่วมโปรแกรมในการให้ความรู้แก่บิดามารดาและผู้ดูแล การฝึกทักษะในด้านการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=.03$)¹⁹

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองและเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่ 1) สร้างสายใย 2) สร้างวินัย 3) สร้างเด็กเก่ง ครั้งที่ 1 และ 4) สร้างเด็กเก่ง ผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}=130.17$, $S.D.=4.105$) 2) และเด็กมีพัฒนาการโดยรวมพัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาผลของกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ศึกษากับเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้เลี้ยงดูหลัก จำนวน 56 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือคู่มือ DSPM แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้เลี้ยงดูที่พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง 17.32 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (95% CI=11.6-23.03, p-value<.001)⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่อำเภอหนองหุ้มปล้อง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มทดลองจำนวน 104 ราย โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าพฤติกรรมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001²¹

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงานวิจัยในทีมวิจัย การเตรียมแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมก่อน หลังการดำเนินกิจกรรม และสำรวจความพร้อมของสถานที่โดยจัดเป็น 2 ห้อง ก่อนจัดกิจกรรม 1 วัน เอกสารคู่มือที่แจกให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไปใช้กับสำหรับครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคู่ขนานกับผู้ดูแลเด็กเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการเผยแพร่โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไปใช้ในพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางด้านภูมิศาสตร์ ศาสนา ความเชื่อ เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขได้นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากโดยนำทฤษฎีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กอื่น ๆ มาเป็นพื้นฐานใช้ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. ควรนำกรอบของโปรแกรมการพัฒนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยอื่น ๆ

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลหลัก สามารถทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้นได้ แต่ทั้งนี้การประยุกต์ใช้โปรแกรมต้องปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ด้วย

References

1. Franklin Q, & Prows CA. Developmental and genetic influences in Child health promotion. In: Hockenberry MJ, Wilson D, & Rodgers CC, editors. Wong's essentials of pediatric nursing. St. Louis: Missouri; 2017.
2. Rodgers CC. Health problems of the toddler and family. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC, editors. Wong's essentials of pediatric nursing. St Louis: Missouri; 2017.
3. Nudruk S, & Yamma W. Pediatric nursing to promote health and development of children. Bangkok: Neodigital; 2022. (in Thai)
4. World Health Organization. Improving early childhood development: Who guideline. England: Geneva; 2020.
5. National Statistical Office of Thailand. UNICEF Thailand early childhood development 2022-2026. Thailand: Bangkok; 2022.
6. National Institute of Child Health. Department of Health: Ministry of Public Health. Annual Report 2023. Bangkok: Samcharoen Panich; 2023. (in Thai)
7. Jehnok M & Jeharsae R. Effects of the participatory developmental stimulation program for care takers on development status of 2-5 years old children, journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;30(2):80-8. (in Thai)

8. Limanond A, Wancharoon K, Na Sa-an S. The development model to the developmental promotion of children aged 3-5 years by participatory learning process of Kalasin province, Research and development health system journal. 2023;16(3):280-91. (in Thai)
9. Sarakorn J, Chotibang J, Urhamnuay M. Knowledge and practice of primary caregivers for promoting child's emotional intelligence in child development centers. Nursing Journal. 2022;47(2):1-11. (in Thai)
10. Pongphetdit B & Utthawee B. The use of the DSPM to promote child development Publish Health Region 5 Ratchaburi. Journal of humanities and social science Valaya Alongkorn. 2018;13(3):229-42. (in Thai)
11. Chom Thong Subdistrict Health Promoting Hospital. Annual Performance Report. 2023. Chom Thong Subdistrict Health Promoting Hospital. Mueang District Public Health Office Phitsanulok Province. (in Thai)
12. Erikson E. Childhood and society. 2nd ed. New York: Norton; 1963.
13. Piaget J. The origins of intelligence in children. New York: Norton; 1963.
14. Cohen J. A power primer. Psychological bulletin. 1992;112(1):155-9.
15. Srisa-ard D. Preliminary research. 10th ed. Bangkok: Suviriyasan; 2017. (in Thai)
16. Batanero C. Institute for Digital Research & Education: Statistical and Consulting. Los Angeles: University of California; 2021.
17. Punyayong S, Loyha K, Chaigarun S. The effectiveness of an early childhood development program in Khampom Sub-District, Kemmarat, Ubon Ratchathani. 2021; 4(3):70-84. (in Thai)
18. Puntanit U, Nookong A, Sangngam J, Chailee K, Greadsrephun G, Greadsrephun K. The effect of a supportive program for developmental screening on knowledge and skills of kindergarten teachers in child developmental centers. 2019;20(39):60-72. (in Thai)
19. Urharmnuay M, Intharangkun Na Ayutthaya A, Thipsungwan K, Boongla P, Kummee S Narkrow K. The effects of early childhood development promotion program on knowledge and promotion behaviors on child development of parents and caregivers in Mueang district, Lampang province. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2021;3(1):48-63. (in Thai)
20. Inson S, Aonkam Y, Ruangrith R. Effectiveness of development promotion and reinforce positive to improve discipline programs base on family participation to children aged 3-5 years in Mahasarakham Province. Academic journal of Mahasarakham provincial public health office. 2021;5(10):143-60. (in Thai)
21. 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)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาด ของโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Factors Affecting Mental Health of Pregnant Women in the Situation of the COVID-19 Pandemic, Muang District, Nakhon Ratchasima Province

ภรรยา จันทศิลป์* อินทิพร ปักเคเต สุกัญญา แก่นงูเหลื่อม นันนภัส แวกระโทก

Bhanwasa Jantasin* Intiporn Pakkete Sukanya kanngooluem Nannaphat Waeokrathok

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30000

Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province, Thailand 30000

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 155 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามเกี่ยวกับโรคโควิด 19 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ และแบบสอบถามความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ความสุขของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 29.03 และ 47.10 ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้า พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.28 เท่า ของการมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี (Adjusted OR = 3.28, 95%CI: 1.43 to 7.53) และหญิงตั้งครรภ์ที่หาข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มากจะมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.50 เท่า ของกลุ่มที่หาข้อมูลน้อย (Adjusted OR = 2.50, 95%CI: 1.20 to 5.22) ปัจจัยที่ส่งผลกับความวิตกกังวล พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการประกอบอาชีพจะมีความวิตกกังวลเป็น 2.76 เท่า ของการไม่ได้ประกอบอาชีพ (Adjusted OR = 2.76, 95%CI: 1.32 to 5.75) หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะมีความวิตกกังวลเป็น 2.52 เท่าของการมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี (Adjusted OR = 2.52, 95%CI: 1.06 to 5.97) และหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่สองขึ้นไปจะมีความวิตกกังวลเป็น 2.48 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์แรก (Adjusted OR = 2.48, 95%CI: 1.20 to 5.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ดังนั้น ทีมสุขภาพควรส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อย่างพอเหมาะ จะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ลง

คำสำคัญ : โควิด-19, ภาวะซึมเศร้า, ความวิตกกังวล, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

The cross-sectional study aimed to investigate factors influencing the mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Muang District, Nakhon Ratchasima Province. The sample group consisted of 155 pregnant women using stratified random sampling. The research instruments were a questionnaire on factors related to Pregnancy, depression (EPDS), loneliness scale (UCLA scale) and a COVID-19 assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression statistics.

Corresponding Author: E-mail: bhanwasa_jan@vu.ac.th

ได้รับการสนับสนุนทุนจากมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

วันที่รับ (Received) 18 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 7 มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 15 มิ.ย. 2567

The study found that the prevalence of depression and loneliness in pregnant women were 29.03% and 47.10% respectively. Factors affecting depression, it was found that poor family relationships had depression 3.28 times more those with good family relationships (Adjusted OR = 3.28, 95%CI: 1.43 to 7.53), and pregnant women seeking excessive information were 2.50 times more likely to have depression than those who had little information about COVID-19 (Adjusted OR = 2.50, 95%CI: 1.20 to 5.22). Factors affecting loneliness found that pregnant women being employed were 2.76 times lonelier than those who did not have a job (Adjusted OR = 2.76, 95%CI: 1.32 to 5.75). Pregnant women with poor family relationships were 2.52 times as likely to have good family relationships (Adjusted OR = 2.52, 95%CI: 1.06 to 5.97), and women with their second or higher-parity pregnancy were lonesome 2.48 times more than women with their first pregnancy (Crude OR = 2.48, 95%CI: 1.20 to 5.11) with statistical significance (p -value < 0.05). Therefore, the health team should promote good family relationships, and knowing appropriate information about COVID-19 will prevent depression and reduce loneliness for pregnant women.

Keyword : COVID-19, depression, loneliness, pregnant women

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์เป็นประชากรกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบของการติดเชื้อโรคโควิด19 เนื่องจากในช่วงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายทุกระบบ โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นภาวะปอดบวม อย่างรุนแรงได้ง่าย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 นับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 15 พฤศจิกายน 2564 จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 31,464 คน เสียชีวิต 242 คน โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อสะสมมากที่สุด ในอำเภอเมือง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อถึง 4,708 คน คิดเป็นร้อยละ 14.96 ส่วนข้อมูลการติดเชื้อของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 7 สิงหาคม 2564 พบมีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ 1801 ราย เสียชีวิต 31 ราย ซึ่งอายุของหญิงตั้งครรภ์ที่พบมีการติดเชื้อคือช่วงอายุ 20-34 ปี พบจำนวนการติดเชื้อ 1,329 ราย มีภาวะปอดอักเสบ จำนวน 269 ราย² หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 มี ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ และมีโอกาสต้องเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นทั้งมารดาและทารก^{3,4} และยังส่งผลกระทบด้านจิตสังคมมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัย

ส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ และปัจจัยด้านโควิด 19 จากการศึกษาในประเทศจีน พบว่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 36.12 โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การรับรู้ถึงการช่วยเหลือจากครอบครัวน้อย การใช้เวลาอย่างมากในช่วงที่เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการขาดการออกกำลังกาย⁶ โดยการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ อายุน้อย การไม่มีงานทำ ความกลัวและความวิตกกังวล⁴ และการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ 64 ประเทศ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว เช่น การไม่สามารถดูแลในขณะคลอด หลังคลอด ทารกที่มีโอกาสติดเชื้อโรคโควิด 19 และการไม่ได้พบแพทย์ตามที่นัดหมาย⁷ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์พบอัตราปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนระบาดทั้งภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล⁸ และจากการดำเนินตามชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ที่มีการกำหนดให้ผู้ติดเชื้อต้องกักตัวแยกจากสังคมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำให้เพิ่มความวิตกกังวล⁹ ประกอบกับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่เปราะบางในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้มากกว่าหญิงปกติทั่วไป โดยเฉพาะภาวะที่ต้องถูกแยกจากบุคคลอื่นเมื่อเกิดภาวะของการติดเชื้อ ซึ่งต้องการการได้รับความช่วยเหลือในด้าน

ต่าง ๆ มากกว่าปกติ ร่วมกับมาตรการของรัฐที่กำหนดให้ผู้ติดเชื้อมีการกักตัวแยกจากสังคมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้เพิ่มความรู้สึกว่าเหงา⁹ ได้มาก และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของหญิงตั้งครรภ์มีจำกัด¹⁰ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ที่น่าจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้มาก ร่วมกับความรู้สึกว่าเหงาที่อาจเกิดขึ้นได้สูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการป้องกันและดูแลด้านสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความว่าเหงาของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้าและความว่าเหงาของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยสัมพันธ์สุขภาพ และปัจจัยด้านโรคโควิด 19 ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยสัมพันธ์สุขภาพ และปัจจัยด้านโรคโควิด 19 ส่งผลต่อความว่าเหงาของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theory) อธิบายไว้ว่าบุคคลและสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกจากกันได้ แต่บุคคลสามารถเรียนรู้และก้าวผ่านสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful life events) จึงจะสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้¹¹ และทฤษฎีภาวะวิกฤต (Crisis Theory) ได้อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในระยะแรกแต่เมื่อเวลาผ่านไปภาวะวิกฤตจะเปลี่ยนแปลงเป็น

โอกาส แต่ถ้าไม่สามารถจัดการภาวะวิกฤตนั้นได้ ก่อให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้¹² การตั้งครรภ์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตสังคมและทฤษฎีภาวะวิกฤต เพราะหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสัมพันธ์สุขภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย สำหรับความว่าเหงา ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionist Theory) ได้อธิบายว่า ความรู้สึกเหงา เป็นความรู้สึกเหงาทางอารมณ์ และความรู้สึกเหงาทางสังคม อันเกิดจากการขาดความผูกพัน และการขาดเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมในวงกว้าง¹³ การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งในแง่ข้อจำกัดในการเข้ารับบริการสาธารณสุข การถูกแยกจากครอบครัวและการขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหงาได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 27 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565-พฤษภาคม 2566 จำนวน 155 ราย เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมกับการตั้งครรภ์ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บป่วยทางกายและจิตรุนแรง การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดของความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ .05, อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80, ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 ราย และเพิ่มจำนวน 20% เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 155 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified sampling) คำนวณสัดส่วนตามขนาดของประชากรเพื่อให้ได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพ สิทธิประกันสุขภาพ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด การเจ็บป่วยในอดีต การเจ็บป่วยในปัจจุบัน การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว อายุครรภ์ ปัจจุบัน ข้อมูลด้านสัมพันธภาพ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน รวม 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ประกอบด้วย การสัมผัสเชื้อโรคโควิด 19 มีข้อคำถาม 3 ข้อ การหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีข้อคำถาม 4 ข้อ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด19 มีข้อคำถาม 15 ข้อ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด19 มีข้อคำถาม 5 ข้อ รวม 27 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)¹⁴ มี 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเรียงคะแนนจาก 0-3 คะแนน รวมคะแนนเท่ากับ 30 คะแนน โดยค่าคะแนน cut off อยู่ที่ 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความว้าเหว่ (Loneliness: UCLA)¹⁵ มีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18 และข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16 19, 20 คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน แบ่งความว้าเหว่เป็น 2 ระดับ คือ คะแนน 41-80 คะแนน มีความว้าเหว่ คะแนน 20-40 คะแนน ไม่มีความว้าเหว่

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นอาจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน หาค่าความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าอยู่ในช่วง .75 – 1 ของแบบวัดทั้งสามชุด และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพิมาย อ.พิมาย จ.นครราชสีมา จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับของแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคโควิด19 เท่ากับ .87 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เท่ากับ .84 และแบบสอบถามความว้าเหว่ เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 247 ซึ่งรับรองวันที่ 17 มิถุนายน 2565 ถึงวันที่ 17 มิถุนายน 2566 การวิจัยนี้ได้รับการยินยอมการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ดำเนินการโดยใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และทำลายข้อมูลทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขนครราชสีมา ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัวยวงษ์ชวลิตกุล ถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงพฤษภาคม 2566 โดยให้พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิญชวนและชี้แจงงานวิจัยนี้ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทราบ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความสนใจเข้าร่วมงานวิจัยได้รับคำแนะนำให้พบผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเพื่อแจ้งรายละเอียดโครงการ อธิบายข้อมูลและแจกเอกสารวิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตัดสินใจ เมื่อยินดีสมัครใจเข้าร่วมจึงตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในระหว่างรอรับบริการ ใช้เวลาในการตอบ 15-20 นาที หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ ถ้าหญิงตั้งครรภ์รู้สึกไม่สะดวกใจ อึดอัดใจสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบแบบสอบถามและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความว้าเหว่ของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้าและความว้าเหว่ของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ

(Multiple Logistic Regression) และใช้การคัดเลือกแบบ
stepwise ที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความว่าเหว
ของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19
ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ข้อมูลดังตารางที่ 1 - 2

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย ดังนี้

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ใน สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (n = 155 คน)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
มี	45	29.03	21.80 to 36.25
ไม่มี	110	70.97	

จากตารางที่ 1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 155 คน มีภาวะซึมเศร้า 45 คน คิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาด
ของโรคโควิด 19 ร้อยละ 29.03 (95%CI: ร้อยละ 21.80 to 36.25)

ตารางที่ 2 ความชุกของความว่าเหวของหญิงตั้งครรภ์ใน สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (n = 155 คน)

ความว่าเหว	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
มี	73	47.10	39.15 to 55.04
ไม่มี	82	52.90	

จากตารางที่ 2 ความชุกของความว่าเหวของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 155 คน มีความว่าเหว 73 คน คิดเป็นความชุกของความว่าเหวของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาด
ของโรคโควิด 19 ร้อยละ 47.10 (95%CI: ร้อยละ 39.15 to 55.04)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความว่าเหวของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ข้อมูล
ดังตารางที่ 3 - 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 วิเคราะห์ที่
ละหลายตัวแปร (n = 155 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				Adj.OR	95%CI	p-value
	มี		ไม่มี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สัมพันธภาพในครอบครัว							
ไม่ดี	16	50.00	16	50.00	3.28	1.43 to 7.53	.005
ดี	29	23.58	94	76.42	1		
การหาข้อมูลเกี่ยวกับโควิด							
น้อย	17	20.48	66	79.52	1		
มาก	28	38.89	44	61.11	2.50	1.20 to 5.22	.014

p-value < .05

จากตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 วิเคราะห์ทีละหลายตัวแปร พบว่า เมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่น ๆ ปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ได้แก่ 1) สัมพันธภาพในครอบครัว โดยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะมีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.28 เท่า

ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี (Adjusted OR = 3.28, 95%CI: 1.43 to 7.53 , $p\text{-value} = .005$) และ 2) การหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่หาข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มาก จะมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.50 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่หาข้อมูลน้อย (Adjusted OR = 2.50, 95%CI: 1.20 to 5.22, $p\text{-value} = .014$)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความว่าเหวของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 วิเคราะห์หลายตัวแปร (n = 155 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความว่าเหว				Adj.OR	95%CI.	p-value
	มี		ไม่มี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อาชีพ							
มีการประกอบอาชีพ	56	54.37	47	45.63	2.76	1.32 to 5.75	.007
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	32.69	35	67.31	1		
สัมพันธภาพในครอบครัว							
ไม่ดี	19	63.33	11	36.67	2.52	1.06 to 5.97	.035
ดี	54	43.20	71	56.80	1		
การตั้งครรภ์ปัจจุบัน							
ครรภ์แรก	18	33.96	35	66.04	1		
ครรภ์ที่สองขึ้นไป	55	53.92	47	46.08	2.48	1.20 to 5.11	.014

$p\text{-value} < .05$

จากตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีส่งผลกับความว่าเหวของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 วิเคราะห์ทีละหลายตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกับความว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ได้แก่ 1) อาชีพ โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการประกอบอาชีพจะมีความว่าเหวเป็น 2.76 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (Adjusted OR = 2.76, 95%CI: 1.32 to 5.75, $p\text{-value} = .007$) 2) สัมพันธภาพในครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะมีความว่าเหวเป็น 2.52 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี (Adjusted OR = 2.52, 95%CI: 1.06 to 5.97, $p\text{-value} = .035$) และ 3) การตั้งครรภ์ปัจจุบัน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่สองขึ้นไปจะมีความว่าเหวเป็น 2.48 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์แรก (Adjusted OR = 2.48, 95%CI: 1.20 to 5.11, $p\text{-value} = .014$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความซุกของภาวะซึมเศร้าและความว่าเหวของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ความซุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหลายประเทศมีความใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 31.0¹⁶ และ ร้อยละ 31.49¹⁷ และความซุกของความว่าเหวใกล้เคียงกับการศึกษาจาก 64 ประเทศทั่วโลกคือร้อยละ 547 อธิบายได้ว่า มาตรการไม่ให้ออกนอกบ้าน (lock down) การเว้นระยะห่าง (social distancing) ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องแยกจากครอบครัว หรือต้องได้รับการรักษาที่ต้องอยู่โดยลำพัง มีผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์มากส่งผลให้ออกาสเกิดความรู้สึกซึมเศร้าและว่าเหวได้มากกว่าหญิงไม่ตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศโปแลนด์พบว่าหญิงตั้งครรภ์ มีความกลัวการคลอดบุตรตามลำพัง

การไม่มีสามีอยู่ร่วมด้วย สูงกว่าร้อยละ 75 และเกือบร้อยละ 70 รู้สึกเศร้าจากประสบการณ์ของการคลอดบุตรโดยลำพัง และเกือบหนึ่งในสี่ส่วนของมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลที่ชัดเจนว่า หากย้อนเวลากลับไปได้ จะไม่ตัดสินใจตั้งครรภ์ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19¹⁸

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความว่าเหวของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่เปราะบางทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดน้อยลง การสนับสนุนจากครอบครัวที่มีน้อยและไม่ดี จึงส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น^{19,20} นอกจากนี้ การใช้เวลามากเกินไปกับข่าวของโรคโควิด 19 การเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลที่มากเกินไปจากสถานการณ์โรคโควิด 19 ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น^{19,21} ดังนั้นสัมพันธภาพและการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวและการรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการระบาดของโรคอย่างพอเหมาะ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ได้ ในส่วนของความว่าเหว สถานการณ์โรคโควิด 19 ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เคยประกอบอาชีพมีความลำบาก ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ ต้องลดหรืองดกิจกรรมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเหงาและว่าเหวได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่า การไม่มีงานทำ ส่งผลต่อจิตใจ⁴ ส่วนความว่าเหวในหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพไม่ดีนั้น พบว่าความถี่ของการมีสัมพันธภาพที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับความว่าเหวที่เพิ่มขึ้น²² นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่สองขึ้นไปมีโอกาที่จะมีความว่าเหวมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่สอง และมีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 ถึงร้อยละ 60.65 และในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ข้อกำหนดในการเว้นระยะห่างทางสังคมและการแยกตัวออกจากกันทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่สองมีความรู้สึกกลัวการที่จะอยู่เพียงลำพังและกลัวการแยกจากบุตรและสามี ถ้าเกิดการติดเชื้อบุตรและสามี จะไม่สามารถอยู่ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ได้ จึงมีแนวโน้มทำให้ความว่าเหวมักขึ้น²³

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์จากการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข ในการหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อป้องกัน

การเกิดภาวะซึมเศร้าและว่าเหวในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความว่าเหวในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

References

1. Stanczyk P, Jachymski T, Sierozewski P. COVID-19 during pregnancy, delivery, and postpartum period based on EBM. *Ginekologia Polaka*. 2020; 91(7): 417 -23.
2. Department of Disease Control. Coronavirus disease 2019 situation report. Nonthaburi: Ministry of Mental Health; 2021 (in Thai).
3. Srisawad K, Puttapithukpol S. The effect of Coronavirus 2019 Infection in pregnant women: a systematic review. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2024; 25(1): 95-104. (in Thai).
4. Takeda T, Yoshimi K, Kai S, Inoue F. Association between serious psychological distress and loneliness during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study with pregnant Japanese women. *International Journal of Women's Health*. 2021; 13(11): 1087-93.
5. Giurgescu C, Wong AC, Rengers B, Vaughan S, Nowak AL, Price M, et al. Loneliness and depressive symptoms among pregnant black women during the COVID-19 pandemic. *Western journal of nursing research*. 2022; 44(1): 23-30.
6. Wang L, Yang N, Zhou H, Mao X, Zhou Y. Pregnant women's anxiety and depression symptoms and Influence factors in the COVID-19 pandemic in Changzhou, China. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13(5): 1-8.
7. Basu A, Kim HH, Basaldua R, Choi KW, Charron L, Kelsall N, et al. A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *The Public Library of Science One*. 2021; 16(4): 1-18.

8. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel E, Maziade M. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2019; 99(7): 848–55.
9. Liang H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: what clinical recommendations to follow. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2020; 99(4): 439-42.
10. Thapa SB, Mainali A, Schwank SE, Acharya G. Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2020; 99(7): 817-8.
11. Stree H, Sheeran P, Orbell S. Conceptualizing depression: an Integration of 27 theories. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999; 6(3):175-93.
12. Aguilera DC. Crisis intervention. In: Birkhead, LM, editor. *Psychiatric mental health Nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1989.
13. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press; 1975.
14. Phoosuan N, Chaimongkol S. Validity and reliability of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in pregnant women in Northeastern Thailand. The First National and International Conference of Kalasin University 2019 on Recent Innovations of Science and Social Sciences for Sustainability; 2019. (in Thai).
15. Neelapaijit A, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Kuntawong C, Wongpakaran N, Wongpakaran T. Psychometric properties of a Thai version internet addiction test. *BioMed Central*. 2018; 11(1): 1-6.
16. 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. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11(11): 1-12.
17. Adrianto N, Caesarlia J, Pajala FB. Depression in pregnant and postpartum women during COVID-19 pandemic: systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology Science*. 2022; 65(4): 287-302.
18. Malarkiewicz P, Maksymowicz S, Libura M. Mother's Loneliness: Involuntary separation of pregnant women in maternity care settings and Its effects on the experience of mothers during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(9): 1-13.
19. Wang L, Yang N, Zhou H, Mao X, Zhou Y. Pregnant women's anxiety and depression symptoms and Influence factors in the COVID-19 pandemic in Changzhou, China. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13(5): 1-8.
20. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 277(8): 5-13.
21. Xie T, Wang Y, Cheng Y. Social media overload as a predictor of depressive symptoms under the COVID-19 Info emic: a cross-sectional survey from Chinese University students. *International Journal of Public Health*. 2023; 68(10): 1-12.
22. Lampraki C, Hoffman A, Roquet A, Jopp DS. Loneliness during COVID-19: development and influencing factors. *The Public Library of Science One*. 2022; 17(3): 1-20.
23. Jackson C, Brawner J, Ball M, Crossley K, Dickerson J, Dharni N, et al. Being pregnant and becoming a parent during the COVID-19 pandemic: a longitudinal qualitative study with women in the Born in Bradford COVID-19 research study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*. 2023; 23(1): 1-15.

ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Causal Factors Affecting Social and Health Protection Behaviors of Female Students in the Junior High Schools

อภิสิทธิ์ ตามสตัย ทิพย์ขัมพร เกษโกมล*

Aphisit Tamsat Thipkhumporn Keskomon*

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, Thailand, 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ และศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นรวม 1,250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัด 14 ฉบับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α) เท่ากับ 0.77 – 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ ค่านิยมในการรักษานวลสงวนตัว การเปิดรับข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ และทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ นำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันความรุนแรง โดยเน้นการปลูกฝังจิตลักษณะที่ดีให้กับนักเรียน เพื่อให้นักเรียนได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมจนเกิดพฤติกรรมที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมปกป้องตน, พฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ, นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

The objectives were to study social and health protection behaviors and to examine the causal factors of social and health protection behaviors of the junior high school students. Samples were 1,250 female students in the junior high schools. The research instruments were 14 questionnaires. Cronbach's alpha coefficients were 0.77 – 0.90. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficients, and path analysis.

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

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประเทศไทย 10900 ส่วนหนึ่งของแผนงานวิจัยเรื่อง
“การป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและสังคม การปกป้องตนทางเพศและสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น”

วันที่รับ (received) 2 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 มิ.ย. 2567

The results found that the important causal factors were the value of self-conservation, social and health news exposure, and a positive attitude towards social protection and health. The results can be used to guide violence prevention by focusing on encouraging students' good moral characters so that students can receive proper care and develop good behaviors for violence prevention.

Keywords: protective behavior, social and health protection behaviors, female students, Junior High Schools

บทนำ

สภาพสังคมในปัจจุบันพบปัญหาความรุนแรงในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาจำนวนมาก โดยในประเทศเอธิโอเปียพบว่า เกือบครึ่งของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาที่มีประสบการณ์ความรุนแรง ร้อยละ 42.05 ที่พบมากที่สุด คือ ด้านร่างกาย¹ ประเทศไนจีเรีย พบความรุนแรงในโรงเรียนมัธยมของรัฐและเอกชนด้านร่างกาย ร้อยละ 67.2 และ 70.2 ด้านเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 41.1 และ 37.4 และด้านจิตสังคม ร้อยละ 59.2 และ 72.5 ตามลำดับ² สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัญหาความรุนแรงในวัยรุ่นอายุ 12-16 ปี ส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงด้านร่างกาย รองลงมาคือ ด้านเพศสัมพันธ์ และด้านสังคม และมีความสัมพันธ์กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการปรับตัว ซึ่งพบในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย ($M = 19.39$ และ 16.90 ตามลำดับ)³ ประเทศไทย มูลนิธิหญิงชายก้าวไกลได้รายงานสถิติความรุนแรงทางเพศในปี พ.ศ. 2560 ว่าพบในเด็กและเยาวชน อายุ 5-20 ปี ถึงร้อยละ 60.6 เป็นนักเรียน-นักศึกษา ร้อยละ 60.9 สถานที่เกิดเหตุเป็นที่พัก ซึ่งอันดับหนึ่ง คือ ในเขตกรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 11.7⁴

สาเหตุของความรุนแรงในวัยรุ่นหญิงมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มาจากเพื่อนหรือคนแปลกหน้า⁵ การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาความรุนแรงที่ผ่านมาเน้นการจัดการเรื่องเพศ สุขภาพของวัยรุ่นหญิง และพฤติกรรม โดยละเอียดประเด็นทางด้านสังคมและการพัฒนาสุขภาพโดยรวม ตลอดจนพัฒนาการ การเจริญเติบโต และความผาสุกของวัยรุ่นหญิง⁶ ซึ่งสุขภาพและความผาสุกของวัยรุ่นหญิงจะเกิดขึ้นได้ ต้องเกิดจากการปลูกฝังพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ

พฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมปกป้องตนทางเพศ ได้แก่ การแต่งกายเหมาะสม และการปกป้องความเสี่ยงทางเพศ โดยพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเป็นเหยื่อจากการถูกข่มขืนหรือการถูกกระทำความรุนแรง⁷ ส่วนพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลเป็นหนึ่งใน

ในองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่ทำให้เด็กถูกทารุณกรรมทางเพศ โดยเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศหรือถูกข่มขืนมักจะมีสุขอนามัยที่ไม่ดี ทำให้ตกเป็นเหยื่อของความปรารถนาทางเพศของบุคคลที่ใช้ความรุนแรง⁸ และความรุนแรงนำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และยังพบอัตราการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี ในนักเรียนหญิงร้อยละ 5.49 ดังนั้น การดูแลตนเองของเด็กหญิงวัยก่อน 15 ปี จึงต้องมีการสร้างเสริมพฤติกรรมรักษาความสะอาดและที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ ซึ่งจะช่วยให้สุขอนามัยของเด็กดีขึ้น ส่วนการควบคุมตนเป็นหนึ่งในทักษะสำคัญของ วัยรุ่นที่ช่วยป้องกันอันตรายจากความรุนแรงที่เกิดขึ้น การควบคุมตนเองจะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยการมีครอบครัวที่ปลอดภัย การลดความเครียดจากความยากจน ความไม่ไว้วางใจ และลดความขัดแย้งในครอบครัว¹⁰ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงของสังคมและสุขภาพในวัยรุ่นจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและสังคม¹¹

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ ในวัยรุ่น คือ จิตลักษณะเดิม ประกอบด้วย ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตนแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ความเชื่ออำนาจในตน และสุขภาพจิตและสถานการณ์ โดยมีอิทธิพลทางอ้อมไปยังพฤติกรรมผ่านจิตลักษณะตามสถานการณ์¹² ดังนั้น ถ้าต้องการให้วัยรุ่นหญิงเกิดพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ ต้องมีการส่งเสริมจิตลักษณะเดิม โดยเพิ่มการปลูกฝังค่านิยมในการรักษานวลสงวนตัว เพราะการรักษานวลสงวนตัวเป็นหนึ่งในจิตลักษณะที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในวัยรุ่นหญิง¹³ นอกจากนี้ ต้องคำนึงถึงสถานการณ์ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู แบบรักสนับสนุน-ใช้เหตุผล การเปิดรับข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว ด้วยสิ่งเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นหญิง¹⁴ และสถานการณ์มีส่วนสำคัญต่อจิตลักษณะโดยทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมการปกป้องตนทางสังคมและ

สุขภาพ จากข้อมูลที่ผ่านมาพบ วัยรุ่นมากกว่าครึ่งมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.9) แต่มีการรับรู้ทักษะในการป้องกันตนเองระดับมาก (ร้อยละ 79.3) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในระดับน้อย (93.1) แสดงให้เห็นว่า ควรมีการเสริมสร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร รวมทั้งเสริม ทักษะการป้องกันตนเองให้แก่แก่นักเรียนวัยรุ่นหญิงอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์¹⁵ สถานการณ์จึงมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และทัศนคติมีความสัมพันธ์และ มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมของวัยรุ่นหญิง

ปัญหาการความรุนแรงในวัยรุ่นตอนต้น ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 มักเกิดขึ้นในเพศหญิง และส่งผลกระทบต่อรุ่นแรงมากกว่าในเพศชาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพในนักเรียนวัยรุ่นหญิงตอนต้น เพื่อช่วยลดความรุนแรงทางสังคมและผลกระทบทางสุขภาพต่อวัยรุ่นเพศหญิงในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและดูแลด้านพฤติกรรมปกป้องตนเองเพื่อความปลอดภัยและการเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีของนักเรียนวัยรุ่นหญิงตอนต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ กับจิตลักษณะเดิม สถานการณ์ และจิตลักษณะตามสถานการณ์ ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
- 3) เพื่อวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของจิตลักษณะเดิม สถานการณ์ และจิตลักษณะตามสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ กับจิตลักษณะเดิม สถานการณ์ และจิตลักษณะตามสถานการณ์ ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีความสัมพันธ์กัน
2. ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ สามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรของพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม อธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้านจิตใจ และสถานการณ์ภายนอกที่ส่งอิทธิพลตามลำพังและอิทธิพลร่วมกันต่อการผลักดันพฤติกรรมของบุคคล และทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม¹⁶ ที่เสนอสาเหตุทางจิตใจของพฤติกรรมมนุษย์ในรูปของต้นไม้ออกเป็น 1) จิตลักษณะเดิม 5 ตัวแปร ได้แก่ (1) สุขภาพจิต (2) ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน (3) ความเชื่ออำนาจในตน (4) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และ (5) ค่านิยมในการรักษาสงวนตัว ร่วมกับ 2) สถานการณ์ 3 ตัวแปร ได้แก่ (1) การอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน-ใช้เหตุผล (2) การเปิดรับข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ และ (3) การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว และ 3) จิตลักษณะตามสถานการณ์ ได้แก่ ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมปกป้องตนทางเพศ ได้แก่ พฤติกรรมแต่งกายเหมาะสม และพฤติกรรมปกป้องความเสี่ยงทางเพศ 2) พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมรักษาความสะอาดร่างกายและที่อยู่อาศัย พฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ และ 3) ทักษะการควบคุมตน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ นักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพฯ

ตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพฯ ที่ศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 จำนวนขนาดของตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง คือ 0.30 ความน่าจะเป็นที่ปฏิเสธสมมุติฐานศูนย์ที่แท้จริงเท่ากับร้อยละ 5 และอำนาจการทดสอบ

เท่ากับ 0.95 ได้ตัวอย่างวิจัยจากการคำนวณอย่างน้อย 409 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากนักเรียนหญิงใน 3 สังกัด คือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดกรุงเทพมหานคร และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน รวม 1,250 คน แล้วทำการจับฉลากโรงเรียนและห้องเรียน และเก็บข้อมูลจากนักเรียนหญิงที่ผู้ปกครองและนักเรียนหญิงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย สังกัด ระดับชั้น เกรดเฉลี่ย และ 2) แบบวัด 14 ฉบับ ได้แก่ พฤติกรรมแต่งกายเหมาะสม 10 ข้อ (2) พฤติกรรมปกป้องความเสี่ยงทางเพศ 10 ข้อ (3) พฤติกรรมรักษาความสะอาดร่างกายและที่อยู่อาศัย 15 ข้อ (4) พฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ 10 ข้อ (5) ทักษะการควบคุมตน 11 ข้อ (6) สุขภาพจิต 12 ข้อ (7) ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน 10 ข้อ (8) ความเชื่ออำนาจในตน 11 ข้อ (9) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 12 ข้อ (10) ค่านิยมในการรักษานวลสงวนตัว 10 ข้อ (11) การอบรมเลี้ยงดูแบบรักสันสนุน-ใช้เหตุผล 9 ข้อ (12) การเปิดรับข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ 12 ข้อ (13) การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว 10 ข้อ และ (14) ที่ศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย ซึ่งข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยมาก แสดงว่า มีพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพมาก แบบวัดทั้งหมดคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทั้ง 14 ฉบับวัดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาและความชัดเจนในการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.80-1.00 และปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง สังกัดละ 100 คน รวม 300 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป นอกจากนี้ ตามทฤษฎีกล่าวว่าเครื่องมือที่มีความเที่ยงควรมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .70 ขึ้นไป^{17,18} โดยแบบวัดทั้ง 14 ฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77-0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) ทำหนังสือขอความร่วมมือ และขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากทางโรงเรียน ผู้ปกครอง และนักเรียน 2) ประสานงานกับโรงเรียนเพื่อชี้แจงรายละเอียด 3) ชี้แจงรายละเอียดกับผู้ปกครองและนักเรียน หากสนใจให้ลงนามในใบยินยอม 4) ประสานครูประจำชั้นเพื่อนัดหมายวัน เวลาในการเก็บข้อมูล และ 5) ส่งแบบสอบถามทางออนไลน์ จำนวน 153 ข้อ รวมระยะเวลาทำแบบสอบถามคนละประมาณ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่หนังสือรับรอง จว. 83/2564 ลงวันที่รับรอง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่รหัสโครงการ E008q/65 วันที่รับรอง 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. นักเรียนหญิงสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดกรุงเทพมหานคร และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จำนวน 422, 406 และ 422 คน (ร้อยละ 33.8, 32.5 และ 33.8 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 73.3) มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.01-4.00 (ร้อยละ 77.1)

2. พฤติกรรมปกป้องตนทางเพศ ได้แก่ พฤติกรรมแต่งกายเหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 48.28 (SD = 8.07) และพฤติกรรมปกป้องความเสี่ยงทางเพศ มีค่าเฉลี่ย 50.70 (SD = 8.08) พฤติกรรมรักษาความสะอาดร่างกายและที่อยู่อาศัย มีค่าเฉลี่ย 69.94 (SD = 10.66) และพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ มีค่าเฉลี่ย 43.62 (SD = 7.99) และทักษะการควบคุมตนมีค่าเฉลี่ย 50.10 (SD = 7.88) สำหรับจิตลักษณะเดิม ได้แก่ 1) สุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 39.26 (SD = 11.48) 2) ลักษณะมุ่ง

อนาคต ควบคุมตน มีค่าเฉลี่ย 42.65 (SD = 7.98) 3) ความเชื่ออำนาจในตน มีค่าเฉลี่ย 40.71 (SD = 9.53) 4) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีค่าเฉลี่ย 54.10 (SD = 9.76) และ 5) ค่านิยมในการรักษาวลสงวนตัว มีค่าเฉลี่ย 49.01 (SD = 9.41) สถานการณ์ ได้แก่ 1) การอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน - ใช้เหตุผล มีค่าเฉลี่ย 39.02 (SD = 9.15) 2) การเปิดรับข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 57.84 (SD = 10.30) 3) การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 42.79 (SD = 7.47) และจิตลักษณะตามสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 57.79 (SD = 1.36) โดยทุกตัวแปรที่กล่าวมามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

3. ตัวแปรทั้ง 14 ตัว มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำถึงมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .12-.96$) โดยพบว่า ตัวแปรสาเหตุทั้งจิตลักษณะ ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน และค่านิยมในการรักษาวลสงวนตัว สถานการณ์ ได้แก่ การเปิดรับข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว และจิตลักษณะตามสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมปกป้องตนทางเพศทั้ง 4 ตัวแปร

4. ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล โดยการทดสอบความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดลตามสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า โมเดลตามสมมุติฐานไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงได้ทำการปรับโมเดลจนได้โมเดลที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนี Goodness of Fit ได้แก่ NFI, GFI, AGFI, และ CFI มากกว่าเกณฑ์ ค่าดัชนี Badness of Fit ได้แก่ SRMR และ RMSEA น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดทุกค่า ค่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางอิทธิพลของทุกตัวแปร มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดอื่น ๆ ดังนี้

4.1 พฤติกรรมแต่งกายเหมาะสม ได้รับอิทธิพลทางตรงจากสาเหตุเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ 1) การเปิดรับฟังข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ 2) ทศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ 3) ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน และ 4) การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว ($\beta = .13, .09, .06, .06$ ตามลำดับ) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากค่านิยมในการรักษาวลสงวนตัว การเปิดรับฟังข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ ทศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ พฤติกรรมรักษาความสะอาด

ร่างกายและที่อยู่อาศัย สุขภาพจิตที่ดี พฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน การได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน-ใช้เหตุผล การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และทักษะการควบคุมตน ($\beta = .24, .16, .11, .09, -.05, .04, .04, .04, .04, .02, .01$ ตามลำดับ) ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของโมเดลได้ร้อยละ 65 (ตารางที่ 1)

4.2 พฤติกรรมปกป้องความเสี่ยงทางเพศ ได้รับอิทธิพลทางตรงจากสาเหตุเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) ทศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ 2) พฤติกรรมรักษาความสะอาดร่างกายและที่อยู่อาศัย 3) การเปิดรับฟังข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ 4) ค่านิยมในการรักษาวลสงวนตัว 5) สุขภาพจิตที่ดี และ 6) การได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน-ใช้เหตุผล ($\beta = .21, .17, .16, .15, -.07, .07$ ตามลำดับ) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากค่านิยมในการรักษาวลสงวนตัว การเปิดรับฟังข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ พฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว ลักษณะมุ่งอนาคต - ควบคุมตน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ สุขภาพจิตที่ดี ทักษะการควบคุมตน และความเชื่ออำนาจในตน ($\beta = .17, .09, .08, .07, .05, .03, -.02, .02, .01$ ตามลำดับ) ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของโมเดลได้ร้อยละ 68 (ตารางที่ 1)

4.3 พฤติกรรมรักษาความสะอาดร่างกายและที่อยู่อาศัย ได้รับอิทธิพลทางตรงจากสาเหตุเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) พฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ 2) การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว 3) ทักษะการควบคุมตน 4) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 5) ค่านิยมในการรักษาวลสงวนตัว ($\beta = .49, .35, .15, .14, .13$ ตามลำดับ) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากการเปิดรับฟังข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน พฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ความเชื่ออำนาจในตน ทศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ สุขภาพจิตที่ดี ค่านิยมในการรักษาวลสงวนตัว และการได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน-ใช้เหตุผล ($\beta = .19, .16, .06, .05, .04, -.02, -.02, -.01, .01$ ตามลำดับ) ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของโมเดลได้ร้อยละ 67 (ตารางที่ 1)

4.4 พฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ ได้รับอิทธิพลทางตรงจากสาเหตุเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย

ดังนี้ 1) การเปิดรับฟังข่าวสารด้านสังคม และสุขภาพ 2) ลักษณะ
มุ่งอนาคต ควบคุมตน 3) ทักษะชีวิตที่ดีต่อพฤติกรรมกรรมการปกป้อง
ตนทางสังคมและสุขภาพ 4) การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและ
ครอบครัว และ 5) ความเชื่ออำนาจ ในตน ($\beta = .39, .27, -.10,$
 $.09, .05$ ตามลำดับ) ซึ่งไม่ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปร
ในโมเดล ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของโมเดล
ได้ร้อยละ 60 (ตารางที่ 1)

4.5 ทักษะการควบคุมตน ได้รับอิทธิพลทาง
ตรงจากสาเหตุเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) แรงจูงใจ
ใฝ่สัมฤทธิ์ 2) ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน 3) การได้รับแบบ
อย่างจากเพื่อนและครอบครัว 4) สุขภาพจิตที่ดี 5) ความเชื่อ
อำนาจในตน และ 6) การได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรัก
สนับสนุน-ใช้เหตุผล ($\beta = .36, .22, .14, -.12 .09, .09$ ตาม

ลำดับ) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากค่านิยมในการรักษาวล
สงวนตัว การเปิดรับฟังข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ
สุขภาพจิตที่ดี และลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน ($\beta = .07,$
 $-.03, .01, -.01$ ตามลำดับ) ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบาย
ความแปรปรวนของโมเดลได้ร้อยละ 46 (ตารางที่ 1)

4.6 ทักษะชีวิตที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทาง
สังคมและสุขภาพ ได้รับอิทธิพลทางตรงจากสาเหตุเรียงลำดับ
จากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) ค่านิยมในการรักษาวลสงวนตัว
2) การเปิดรับฟังข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ 3) สุขภาพจิต
ที่ดี และ 4) ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน ($\beta = .73, .29, -.06,$
 $.10$ ตามลำดับ) ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ
โมเดลได้ร้อยละ 72 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อิทธิพลทางตรง (DE) อิทธิพลทางอ้อม (IE) อิทธิพลโดยรวม (TE) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
พหุคูณกำลังสอง (R²) ของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ

ผล สาเหตุ	พฤติกรรมแต่งกาย เหมาะสม			พฤติกรรมปกป้อง ความเสี่ยงทางเพศ			พฤติกรรมรักษา ความสะอาดฯ			พฤติกรรมบริโภค อาหารฯ			ทักษะการควบคุมตน			ทัศนคติที่ดี ต่อพฤติกรรมฯ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
1	.54	-	.54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	.09	.09	.17	-	.17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	.04	.04	-	.08	.08	.49	-	.49	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	.01	.01	-	.02	.02	.15	-	.15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	.09	.11	.20	.21	.00	.21	-	-.02	-.02	-.10	-	-.10	-	-	-	-	-	-
6	-	-.05	-.05	-.07	-.02	-.08	-	-.02	-.02	-	-	-	-.12	.01	-.11	-.06	-	-.06
7	.06	.04	.09	-	.05	.05	-	.16	.16	.27	-	.27	.22	-.01	.21	.10	-	.10
8	-	.00	.00	-	.01	.01	-	.04	.04	.05	-	.05	.09	-	.09	-	-	-
9	-	.02	.02	-	.03	.03	.14	.05	.20	-	-	-	.36	-	.36	-	-	-
10	-	.24	.24	.15	.17	.32	.13	-.01	.12	-	-	-	-	-.07	-.07	.73	-	.73
11	-	.04	.04	.07	.00	.07	-	.01	.01	-	-	-	.09	-	.09	-	-	-
12	.13	.16	.29	.16	.09	.26	-	.19	.19	.39	-	.39	-	-.03	-.03	.29	-	.29
13	.06	.04	.10	-	.07	.07	.35	.06	.41	.09	-	.09	.14	-	.14	-	-	-
R ²	.	.65			.68			.67			.60			.46			.72	
ค่าสถิติ	$\chi^2 = 25.57, \quad p\text{-value} = .60 \quad df = 28$																	

หมายเหตุ DE = อิทธิพลทางตรง IE = อิทธิพลทางอ้อม TE = อิทธิพลโดยรวม 1 = พฤติกรรมปกป้องความเสี่ยงทางเพศ
2 = พฤติกรรมรักษาความสะอาดร่างกายและที่อยู่อาศัย 3 = พฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ 4 = ทักษะการควบคุมตน
5 = ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ 6 = สุขภาพจิตที่ดี 7 = ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน
8 = ความเชื่ออำนาจในตน 9 = แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 10 = ค่านิยมในการรักษาวลสงวนตัว 11 = การได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน-ใช้เหตุผล 12 = การเปิด
รับฟังข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ 13 = การได้รับแบบอย่างจากเพื่อนและครอบครัว

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ได้แก่ สุขภาพจิต ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการรักษาวลสงวนตน ด้านสถานการณ์ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูแลแบบรักสนับสนุน ใช้เหตุผล การเปิดรับข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ และด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ ได้แก่ ทักษะที่ดีและมีพฤติกรรมป้องกันคุกคามทางเพศ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ร้อยละ 46-72 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ตามทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม ที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมที่พึงปรารถนา โดยผ่านทัศนคติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ดังนี้ เช่น (1) นักเรียนที่มีสุขภาพจิตดีมักจะเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ¹⁹ มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมรักษาวลสงวนตัว²⁰ มากกว่านักเรียนที่มีสุขภาพจิตดีน้อย (2) นักเรียนที่มีลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตนมาก และมีความเชื่ออำนาจในตนมาก จะเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ¹⁹ มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมรักษาวลสงวนตัว²⁰ มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมการรักษาความสะอาด²¹ และมีพฤติกรรมฉลาดดูแลสุขภาพตน²² มากกว่านักเรียนที่มีลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตนน้อย และมีความเชื่ออำนาจในตนน้อย (3) นักเรียนที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มาก จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมรักษาวลสงวนตัว²³ มากกว่านักเรียนที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์น้อย (4) การรักษาวลสงวนตัวเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสมในนักเรียนหญิงสายอาชีวศึกษา²⁰ และนักเรียนที่มีค่านิยมในการรักษาสุขภาพมากเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมฉลาดดูแลสุขภาพตนมาก²² (5) นักเรียนที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนและใช้เหตุผลมาก จะเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ¹⁹ มีพฤติกรรมรักษาวลสงวนตัว²⁰ และมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการครองตน²⁴ มาก (6) นักเรียนที่เปิดรับข่าวสารด้านสังคมและสุขภาพ และนักเรียนที่เห็นแบบอย่างที่ดีจากเพื่อนและครอบครัว จะเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมการรักษาความสะอาด²¹ มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมฉลาดดูแลสุขภาพตน²² และมีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน²³ มาก และ (7) ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตนมีอิทธิพลทางตรงต่อทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตนและการปลูกฝังอบรมนักศึกษา²⁵

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

แบบวัดทั้ง 14 ฉบับ มีจำนวนข้อในแต่ละแบบวัดไม่มาก เหมาะกับวัยของเด็ก และมีคุณภาพเครื่องมือที่น่าจะนำไปใช้ได้ โดยก่อนนำแบบวัดไปใช้ ควรตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทที่ศึกษาอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงทดลอง เกี่ยวกับจิตลักษณะ และพฤติกรรมปริมาณที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมปกป้องตนทางสังคมและสุขภาพ เช่น ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน ทักษะการควบคุมตน เป็นต้น
2. ควรเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อยืนยันผลการวิจัยจากแหล่งอื่น เช่น ผู้ปกครองหรือคุณครูหรือเพื่อนผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนักเรียน เป็นต้น หรือใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ เพื่อให้ข้อมูลที่ลึกมากขึ้น และสามารถนำไปวางแผนการจัดการปรับหรือส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในเด็กนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

References

1. Kassie A, Handebo S, Adugna A, Shitu K. Violence against girls during COVID-19 pandemic and associated factors in Gondar city, Northwest Ethiopia. *Epidemiology & Infection*; 2022, 150(e31): 1-6.
2. Fawole, OI, Balogun OD, Olaleye O. Experience of gender-based violence to students in public and private secondary schools in Ilorin, Nigeria. *Ghana medical journal*; 2018, 52(2): 66-73.
3. Estevez-Casellas C, Gómez-Medina M, Sitges E. Relationship between emotional intelligence and violence exerted, received, and perceived in teen dating relationships. *International journal of environmental research and public health*; 2021, 18(5): 2-15.

4. Women Moving Forward Foundation. Revealing statistics of sexual violence in Thailand rising, Found the perpetrator minimum 5 years old. workpointTODAY, (20 October 2018); 2018. (in Thai)
5. Desalegne Z. Gender-based violence and its associated effects on female students: The case of Gozamin and Nigus T/Haimanot secondary schools in the east Gojjam administrative zone, Ethiopia. *Journal of International Women's Studies*; 2019, 20(7): 237-46.
6. Pinos V, Pinos G, Jerves M, Enzlin P. Attitudes of adolescents toward violence and their related factors. *Maskana*; 2016, 7(2): 1-15.
7. Archer RJL. Sexual assault victimization, fear of sexual assault, and self – protective behaviors: A test of general strain theory. *Victims & Offenders*; 2019, 14(4): 387-407.
8. Child Sexual Abuse (CSA) Workshop. Effects of child sexual abuse: Behaviors, feelings, and Relationships; 2015
9. Monyarit S. Situation of sexually transmitted diseases, 5 main diseases in youth, Thailand, fiscal year 2014-2018: Analyzed according to the 5-dimensional disease surveillance system framework. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
10. Finkenauer C, Buyukcan-Tetik A, Baumeister RF, Schoemaker K, Bartels M, Vohs KD. Out of control: Identifying the role of self-control strength in family violence. *Current Directions in Psychological Science*; 2015, 24(4): 261-66.
11. Pinos-Vèlez V, Pinos G Jerves EM, Enzlin P. Attitudes of adolescents toward violence and their related factors. *MASKANA*; 2016, 7(2): 1-15.
12. Bhanthumnavin D. Antecedents of mindful risk-taking behavior in secondary school students: A path analytic approach. *Journal of Behavioral Science*; 2015, 21(1): 75-94. (in Thai)
13. Thongnuch S. A study of self – preservation of female adolescents at the undergraduate level (Master of Educational Psychology and Guidance Graduate Thesis) Srinakharinwirot University College, Bangkok; 2009. (in Thai)
14. Sukhanan P, Buripakdi C, Pongtiyapiboon S. The development of self-Preservation value and behaviour by applying systems thinking, value clarification and self - empowerment to Junior High School girls at Phetchaburi province. *Journal of the Association of Researcher*; 2019, 24(1): 136-50. (in Thai)
15. Sirisakulpaisal B, von Bormann S, Boonpleng W, Kerdsuwan P, Buapud S, Somnuekprasert, W. Relationship between knowledge, attitude, perception of self - protection skills and risk behavior to pregnancy of Junior High School students. *Journal of Nursing Science*; 2018, 36(4): 77-86. (in Thai)
16. Bhanthumnavin D. Documents for the action meeting (No. 1) subject “Research and Development of Thai Behavior Systems: Research project to support national strategy” the national research council and the committee. of national institute for research and development of the Thai Behavior System 2003. (in Thai)
17. de Vellis RF. Scale development theory and applications. (2nd ed.) Thousand. Oaks, CA Sage Publications; 2003.
18. Spector PE. Summated rating scale construction: An introduction. Newbury Park, CA Sage; 1992.

19. Riapcharoen A. Integrated causal factors between home, school, and the mind: Characteristics related to sexual harassment prevention behavior of female students in the secondary school in the stepping forward with understanding project. National Institute of Development Administration, Bangkok; 2006. (in Thai)
20. Teeraprateep S. Psychosocial factors related to self - preservation behavior of vocational education students. National Institution of Development Administration, Bangkok; 2006. (in Thai)
21. Saiphopu K. Psychosocial factors related to cleanliness behavior of Junior high school students. (Master of Development Administration Thesis). National Institution of Development Administration, Bangkok; 2003. (in Thai)
22. Promlakkhano D. Causal factors and consequences of smart behavior to take care of one's health of high school students in the health promotion school project (Research report). Development Administration, Bangkok; 2006. (in Thai)
23. Phichitanon R. Psychosocial factors related to late teen students' eating behavior students. (Master of Development Administration Thesis). National Institution of Development Administration, Bangkok; 2003. (in Thai)
24. Thamcharoen S, Suwandee L. Psychosocial indicators of ethical behavior of teenagers in areas with different levels of provocation sources. Department of Psychology, Burapha University, Chonburi; 2547. (in Thai)
25. Keskomon T, Thutsaringkarnsakul S. Antecedents and consequences concerning nursing instructors' attitude and behavior in strengthening zero tolerance practices in nursing students. Journal of the Royal Thai Army Nurses; 2020, 21(3): 392- 403. (in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น Predictive Factors of Sexual Risk Behaviors among Adolescents with Visual Impairment

จักรกฤษ ปิจดี* วิภากร สอนสนาม มณฑนาวัตี เมธาพัฒนะ ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์
Chakkrich Pidjatee* Wipakon Sonsnam Muntanavadee Maytapattana Natthanya Prasitsart
วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10300
College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand, 10300

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นอายุ 13-19 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสอนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ได้แปลและพิมพ์เป็นอักษรเบรลล์ มีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) แบบสอบถามอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 4) แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71, .75, .78 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ (76.4%) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.571, p < .01$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 22.3 ($R^2 = .223, p < .01$) พยาบาลควรใช้ข้อมูลนี้ในการวางแผนจัดอบรมให้ความรู้แก่วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น เช่น ทักษะการปฏิเสธต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมถึงการอบรมแกนนำกลุ่มเพื่อนเพื่อเป็นต้นแบบของการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมด้วย

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, วัยรุ่น, ความบกพร่องทางการมองเห็น, อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

Abstract

This predictive correlational study, aimed to explore the level of sexual risk behaviors and factors cooperatively predicting sexual risk behaviors among adolescents with visual impairment. The samples were selected by purposive sampling, consisting of adolescents with visual impairment at the age of 13-19 years who were studying in schools for students with visual impairment. The research instruments were the questionnaires which were translated and printed into Braille, comprising 5 parts as follows: 1) demographic characteristics; 2) self-esteem; 3) influence of friends towards sexual risk behaviors; 4) accessibility to sexual

media; and 5) sexual risk behaviors among adolescents with visual impairment. Cronbach's alpha coefficients of 2nd-5th part questionnaires were .71, .75, .78, and .75, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The samples' means of sexual risk behaviors were 28.85 points (SD = 5.66). Most of them had a low level of sexual risk behaviors (76.4 %). The influence of friends was the only factor which could predict sexual risk behaviors among adolescents with visual impairment with a .01 level of statistical significance ($t = 5.571$, $p < .01$), while it could explain 22.3% of the variance of sexual risk behaviors among adolescents with visual impairment ($R^2 = .223$, $p < .01$). Nurses should utilize this results to planning how to educate adolescents with visual impairment, such as educating on skills for refusing sexual risk behaviors, as well as educating friends' gang leaders so that they become role models of proper sexual behaviors.

Keywords: Sexual risk behavior, Adolescent, Visual impairment, Influence of friends

บทนำ

บุคคลที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น มีความเข้าใจในเรื่องเพศและสามารถหาความสุขทางเพศให้กับตนเองได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ผ่านการฟังและจินตนาการตาม¹ โดยพบว่าสื่อต่าง ๆ เป็นแหล่งความรู้เรื่องเพศที่พบมากที่สุดของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น² และยังพบว่าสังคมรอบตัวและครอบครัวเองมักคิดว่าคนกลุ่มนี้ไม่มีสมรรถภาพทางเพศที่จะสามารถมีครอบครัวได้ จึงไม่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและการจัดการกับปัญหาสุขภาพทางเพศที่อาจเกิดขึ้นได้^{3,4} ด้วยเหตุดังกล่าว ส่งผลให้บุคคลที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นมีความเปราะบางในเรื่องเพศยังขาดความรู้และการสนับสนุนต่อเรื่องเพศที่เหมาะสม จึงมีโอกาที่จะเกิดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามมาได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ คิดเป็นร้อยละ 19.2 และ 80.8 ตามลำดับ โดยร้อยละ 22.2 ฟังเสียงจากสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับเพื่อนหรือคนรักมากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 17.2 แสดงความรักกับคนรักโดยการสัมผัส โอบกอดหรือจูบมากกว่า 3 ครั้งต่อเดือนเช่นกัน ร้อยละ 11.1 ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือเพื่อนเพศเดียวกัน และมากถึงร้อยละ 38.5 ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือเพื่อนต่างเพศ และยังพบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนเพศเดียวกันและมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศมากกว่า 1 คน ร้อยละ 10.1 และ 14.1 ตามลำดับ²

หากวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจะนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STDs) และการตั้งครรภ์วัยรุ่น (Teen pregnancy) ในปี 2018 การสำรวจของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) พบว่า วัยรุ่นมากถึงร้อยละ 21 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ร้อยละ 50 เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีทารกประมาณ 180,000 คนที่เกิดจากแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี^{5,6,7} ในวัยรุ่นหญิงมีการพบมีการตั้งครรภ์ร้อยละ 3.3 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อหญิงพิการเองและบุตร โดยจะคลอดบุตรก่อนกำหนดและมีโอกาสที่จะต้องผ่าตัดคลอดมากกว่าหญิงปกติถึง 1.68 และ 1.55 เท่า ตามลำดับ⁸ นอกจากนี้ยังต้องขาดการศึกษา เนื่องจากต้องออกจากโรงเรียนกลางคันเพื่อไปดูแลครอบครัว⁹

การที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้นั้นตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ได้อธิบายว่าเกิดจากปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ติดตัวมาก่อนหน้าแล้ว ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) คือ แรงสนับสนุนหรือผลตอบแทน หลังจากทีบุคคลได้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรม โดยมีคุณสมบัติที่สามารถหาได้ง่ายและเข้าถึงได้¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรม การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยปัจจัยนำ ได้แก่ ผลการเรียนรู้ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพล

ของกลุ่มเพื่อน และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ²

ผลการเรียน เป็นตัวชี้วัดของระดับสติปัญญา หากวัยรุ่นมีสติปัญหาก็จะมีกระบวนการคิดและแก้ไขปัญหาได้ดี จึงสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ดีและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์¹⁵ โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผลการเรียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น มีความบกพร่องทางการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.211, p < .05$)²

การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับสิ่งทีลดคุณค่าของตนเองลง จึงแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์^{14,16} โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นมีความบกพร่องทางการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.268, p < .01$)²

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดพฤติกรรมของวัยรุ่น เนื่องจากเพื่อนมีผลต่อความคิดและความเชื่อ¹⁹ หากชักจูงกันไปในทางที่ผิด จะเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ตามมาได้ โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นมีความบกพร่องทางการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .411, p < .01$)²

การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากมีคุณสมบัติในการหาได้ง่ายและสามารถเข้าถึงได้¹⁰ โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นมีความบกพร่องทางการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .257, p < .05$)²

ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2564 ในด้านการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพพหุมนุษย์ การพัฒนาคนไทยในทุกช่วงวัยซึ่งรวมถึงวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นให้มีสุขภาวะที่ดี จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการได้รับการป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นสิ่งที่วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นควรได้รับเช่นเดียวกับวัยรุ่นปกติ¹¹ แต่ในปัจจุบันยังพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มนี้อยู่น้อยมาก และไม่สามารถใช้ผลการศึกษาของวัยรุ่นปกติมาอ้างอิงได้

ด้วยเหตุผลในเรื่องความเปราะบางของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพมาเป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรเข้ามาศึกษา ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อันเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ได้แก่ ผลการเรียน การเห็นคุณค่าในตนเอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ

สมมติฐานการวิจัย

ผลการเรียน การเห็นคุณค่าในตนเอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation study research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสอนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นอายุ 13-19 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสอนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น จำนวน 3 แห่ง ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุ 13-19 ปี 2) กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-มัธยมศึกษาปีที่ 6 3) มีความบกพร่องทางการมองเห็นทั้งประเภทการเห็นเลือนรางและตาบอด 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) สามารถใช้อักษรเบรลล์ภาษาไทยได้ 6) กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย 7) ผู้ปกครอง

ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike ($n \geq 10k + 50$)¹² จะได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 90 คน การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 110 คน ซึ่งไม่เกินร้อยละ 30 จากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ และไม่ส่งผลให้เกิดความคาดเคลื่อนสูงในการประมาณค่าพารามิเตอร์¹³

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและกระดาษคำตอบที่ได้จัดทำเป็นอักษรเบรลล์ โดยสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับชั้นที่ศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยในภาคเรียนที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในแต่ละวัน สถานภาพของครอบครัว ประเภทของความพิการทางการเห็น และแหล่งความรู้เรื่องเพศ

2) แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง² ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁴ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ในข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนรวม คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

3) แบบสอบถามอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ² ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁴ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ในข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนรวม คะแนนรวมมาก หมายถึง เพื่อนมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมาก

4) แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ² ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁵ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีจำนวน 8 ข้อ โดยยากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และง่ายมาก เท่ากับ 4 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนรวม คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความ

สะดวกมากในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ

5) แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น² ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁶ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ในข้อคำถามเชิงบวก เป็นประจำ เท่ากับ 1 คะแนน และไม่เคยเลย เท่ากับ 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน จนถึงไม่เคยเลย เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ¹⁷ ได้แก่ 16-32 คะแนน 33-48 คะแนน และ 49-64 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านคณิศการจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .93, 1, 1, และ .90 ตามลำดับ และได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .71, .75, .78 และ .75 ตามลำดับ²

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA. 2-021/2019 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563 และเนื่องจากการวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยบางส่วนอายุน้อยกว่า 18 ปี ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำหนังสือขอความยินยอมจากผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาความลับแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 22-29 กุมภาพันธ์

2563 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาถึงโรงเรียนสอนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นทั้ง 3 แห่ง

2. หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยเข้าพบครูและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวางแผนกำหนดช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่กระทบกับการเรียนการสอนและเวลาส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดติดต่อผู้ปกครองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิขอความยินยอมจากผู้ปกครองในการให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

4. เลือกเก็บข้อมูลเฉพาะรายที่ผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย และรายที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายถึงขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิโดยละเอียด

5. แจกแบบสอบถามและกระดาษคำตอบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ โดยหากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบข้อใดให้ใช้มือหรือวัสดุที่มีความแข็งแรงอักษรเบรลล์ข้อนั้น ๆ ในกระดาษคำตอบจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยตลอดการตอบแบบสอบถาม

6. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

เมื่อพิจารณาถึงข้อตกลงเบื้องต้นในการเลือกใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้¹⁸

1) ผลการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าในตนเอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และพฤติกรรม

เสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($Z = .878, 1.288, .895, 1.168$, และ $.707$; $p > .05$ ตามลำดับ)

2) ปัจจัยที่ศึกษามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น

3) ข้อมูลมีคุณสมบัติ Homoscedasticity กล่าวคือความแปรปรวนของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นสำหรับทุกค่าของปัจจัยที่ศึกษามีค่าเท่ากัน โดยค่าคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากสมการทำนายมีการกระจายของข้อมูลระหว่าง ± 2

4) ข้อมูลไม่มีคุณสมบัติ Autocorrelation กล่าวคือค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเป็นอิสระต่อกัน โดยมีค่าสถิติ Durbin-Watson เท่ากับ 1.759 ซึ่งมีค่าใกล้ 2

5) ข้อมูลไม่มีคุณสมบัติ Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อกัน ($r < 0.85$) และมีค่า VIF เท่ากับ 1

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 52.7 และ 47.3 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 16.3 ปี ($SD = 1.95$) ร้อยละ 55.5 มองเห็นเลือนราง และร้อยละ 44.5 อยู่ในประเภทตาบอด ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 คิดเป็นร้อยละ 48.2 กลุ่มตัวอย่างมีผลการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 ($SD = 0.51$) ใช้จ่ายเฉลี่ย 69.86 บาทต่อวัน ($SD = 61.74$) ส่วนใหญ่ใช้จ่ายน้อยกว่า 50 บาทต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 42.7 ในด้านสถานภาพของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.1 ที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน และร้อยละ 26.4 และ 8.2 ที่บิดามารดาหย่าร้างกันหรือแยกกันอยู่ และบิดาเสียชีวิต ตามลำดับ ส่วนแหล่งความรู้เรื่องเพศ พบว่า สื่อต่าง ๆ เป็นแหล่งความรู้เรื่องเพศที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 52.7 รองลงมาคือครู และเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 20.9 และ 20 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเท่ากับ 28.85 คะแนน ($SD = 5.66$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 76.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.6 โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเท่ากับ 29.62 คะแนน ($SD = 5.09$) เพศหญิง เท่ากับ 28.05 คะแนน ($SD = 6.15$) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 72.4 และ 80.8 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง 16.54 คะแนน (SD = 4.04) จากค่าที่เป็นไปได้ 7-28 คะแนน เท่ากับ 28.66 คะแนน (SD = 3.95) จากค่าที่เป็นไปได้ และค่าเฉลี่ยการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เท่ากับ 10-40 คะแนน ค่าเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เท่ากับ 18.42 คะแนน (SD = 5.26) จากค่าที่เป็นไปได้ 8-32 คะแนน

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น (n = 110)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ผลการเรียนรู้	-				
2. การเห็นคุณค่าในตนเอง	.418**	-			
3. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน	.058	-.138	-		
4. การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ	.044	-.045	.504**	-	
5. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	-.097	-.154	.472**	.249*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$), ** มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากตารางที่ 1 พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .472, p < .01$) การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .249, p < .05$) ส่วนผลการเรียนรู้และการเห็นคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ($r = -.097$ และ $-.154, p > .05$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่ศึกษาต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น (n = 110)

ปัจจัยที่ศึกษา	b	SE _b	β	t	p-value
ตัวทำนาย: ผลการเรียนรู้					
การเห็นคุณค่าในตนเอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ					
Model 1:					
- ค่าคงที่	17.884	2.026	-	8.826	< .01
- อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน	.663	.119	.472	5.571	< .01

$R = .472; R^2 = .223; \text{Adjust } R^2 = .216, SE_b = 5.019; F = 31.041; p < .01$

จากตารางที่ 2 พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.571, p < .01$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นได้ร้อยละ 22.3 ($R^2 = .223, p < .01$) และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Y = 17.884 + 0.663 (\text{อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน})$$

$$Z = 0.472 (\text{Zอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน})$$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเท่ากับ 28.85 คะแนน (SD = 5.66) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 76.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.6 ไม่เกี่ยวข้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นร้อยละ 80.8 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อยู่ในระดับต่ำ² ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 37.3 อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น โดยวัยนี้กำลังเริ่มมีจินตนาการ อารมณ์ และความรู้สึกทางเพศ จึงยังขาดประสบการณ์ทางเพศ การแสดงออกทางเพศจึงเป็น ในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางเพศผ่านสื่อสาร กับเพื่อน มากกว่าที่จะแสดงพฤติกรรมทางเพศ^{19,20} สอดรับกับ การพักอยู่ในระบบโรงเรียนประจำของกลุ่มตัวอย่าง นักเรียน จะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียน ส่งผลให้มีข้อจำกัด ในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมภายนอก จึงพบพฤติกรรมเสี่ยงทาง เพศโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำได้

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถ ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่อง ทางการมองเห็นได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.571, p < .01$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวน ของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทาง การมองเห็นได้ร้อยละ 22.3 ($R^2 = .223, p < .01$) สอดคล้อง กับการศึกษาของ Settheekul²¹ พบว่า การรับรู้ถึงพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศของวัยรุ่น และยังสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลอง การวางแผนเพื่อสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ที่ว่า อิทธิพลจากคนใกล้ชิดเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing factor) ที่ช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ของ บุคคล¹⁰ สอดรับกับธรรมชาติของวัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับ จากเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญของช่วงวัยนี้ โดยเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อ ความคิดและความเชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ รวมถึง พฤติกรรมทางเพศด้วย²⁰ ซึ่งวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมอ งเห็นมักจะได้รับความชื่นชมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศจากเพื่อน สายตาปกติ¹ ดังนั้น การที่วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมอ งเห็นมีหรือกระทำพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ทั้งในรูปแบบของ

การมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เช่น ฟังเสียงจากสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศผ่านทางอินเทอร์เน็ต หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยขาดการป้องกันขณะ มีเพศสัมพันธ์ หรือการมีคู่นอนหลายคนนั้น ล้วนได้รับอิทธิพล จากเพื่อนด้วยการถูกชักชวนหรือการคล้อยตามเพื่อนทั้งสิ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการ ศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดกิจกรรมให้ความรู้ แก่วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น เช่น ทักษะการ ปฏิเสธต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมถึงการอบรมแกนนำกลุ่ม เพื่อนเพื่อเป็นต้นแบบของการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ด้วย ทั้งนี้ การจัดกิจกรรมควรอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ด้วย เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม ถึงวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียนด้วย²²

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาในเชิงเปรียบเทียบระหว่างเพศ เนื่องจาก มีการแสดงออกทางเพศต่างกัน หรือระหว่างวัยรุ่นที่มีความ บกพร่องทางการมองเห็นกับวัยรุ่นปกติ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ จำเพาะมากขึ้น หรือศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูล เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นที่มีความบกพร่อง ทางการมองเห็นมากขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด และศึกษาในวัยรุ่นที่มีความบกพร่อง ทางการมองเห็นที่ศึกษาในโรงเรียน 3 แห่ง อาจมีข้อจำกัดใน การผลการวิจัยไปอ้างอิงต่อกลุ่มอื่น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วม การวิจัย และมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาที่ได้กรุณา สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ด้วย

References

1. Intapanom S, Bualar T. Sexuality of blind men: sexual information, sexual perception and sexual pleasure. Proceeding of the 10th National Kasetsart University Kamphaeng Saen Conference; 2013 Dec 6-7; Kasetsart university Kamphaeng Saen campus. Nakhonpathom: Kasetsart university Kamphaeng Saen campus; 2013. (in Thai)
2. Pidjadee C, Phuphaibul R, Pradubmook P. Factors related to sexual risk behaviors of adolescents with visual impairment. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2018; 30(2): 48-59. (in Thai)
3. Soonthorndhada A, Lacktong A. Disabled women and access to reproductive health services. In: Vajanasara K, Archavanitkul K. editors. Marginalized population and fairness in Thai society. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2012. (in Thai)
4. Limmanee A, Yoelao D, Peungposob N. The Effectiveness of the behavioral modification program on reproductive health behavior of female students with mobility impairment. Journal of Behavioral Science. 2017; 24(1): 47-62. (in Thai)
5. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2018 (Updated). Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2020.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2018. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2019.
7. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, Driscoll AK. Births: Final data for 2018. National Vital Statistics Reports. 2019; 68(3): 1-46.
8. Hoglund B, Lindgren P, Larsson M. Pregnancy and birth outcomes of women with intellectual disability in Sweden: a national register study. Child bearing and intellectual disability. 2012; 91: 1381-7.
9. Jones KH, Domenico DM, Valente JS. Incidence of pregnant and parenting teens with disabilities within FACS programs. Journal of Family and Consumer Sciences Education. 2006; 24(2): 24-35.
10. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an education and environment approach. 2nd ed. London: Mayfield Publishing. 1991.
11. Department of Empowerment of Persons with Disability. Convention on the rights of persons with disabilities (CRPD). Bangkok: Idea Square; 2009. (in Thai).
12. Thorndike RM. Correlation Procedure for Research. New York: Gardner Press; 1978.
13. Srihaset K, Kanjanawasee S, Srisukho D. A Comparison of the Quality of Missing Data Treatment Methods for Examinees' Ability Parameters Estimation. Journal of Research Methodology. 2013; 26(2): 169-87. (in Thai)
14. Worraka A, Therawiwat M, Tansakul S, Imamee N. Life skills and sexual risk behaviors of junior high school students, Kanchanaburi Province. Journal of Public Health. 2016; 46(3): 284-98. (in Thai)
15. Butcharoen W, Pichayapinyo P, Pawwattana A. Factors related to sexual risk behavior among Thai secondary school students. Journal of Public Health. 2012; 42(1): 30-40. (in Thai)

16. Silrungham S. Predictive factors of sexual risk behaviors of undergraduate students field of physical education and health education, Faculty of education and development sciences, Kasetsart university Kamphaengsean campus. *Journal of Education Thaksin University*. 2016; 16(1): 104-19. (in Thai)
17. Ritcharoon P. Measurement evaluation. 7th ed. Bangkok: House of Kermyst; 2014. (in Thai)
18. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: You and I Intermedia; 2010. (in Thai).
19. Areekul V. Adolescent health care and supervision. Bangkok: Rungsilp Printing; 2010. (in Thai)
20. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Hockenberry: wong's essentials of pediatric nursing. 10th ed. Canada: Elsevier; 2017.
21. Settheekul S, Fongkaew W, Viseskul N, et al. Factors influencing sexual risk behaviors among adolescents: A community-based participatory study. *Nursing & Health Sciences*. 2019; 21(2): 186-97.
22. Kata W, Somkumlung P, Mangkarakeree N. The model development of a family capacity building for adolescent pregnancy prevention in nakhon phanom province. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(3): 203-14. (in Thai)

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยง และความปลอดภัยของผู้คลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

Developing a Learning Promotion Program for Risk Management and Maternal Safety for Nursing Students of St. Teresa International University

สุภาภรณ์ โต๊ะซอ* สุหรี หนองอาหลี่ สิริลักษณ์ วงษานาว์ ทิพย์พาณี คัมเพชร นันทน์ภัส สุพล
Supaporn Tohsaw* Suree Nungalee Siriluk Wongsanao Thipphanee Khumpet Nannapat Supol
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก ประเทศไทย 26120
Faculty of Nursing, St.Teresa International University, Nakhon Nayok, Thailand, 26120

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 Section 1 จำนวน 48 คน เครื่องมือคือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้น หาค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .82 2) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล ตรวจสอบความครอบคลุมด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน 3) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 Section 2 ทั้งหมด จำนวน 49 คน 4) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างคืออาจารย์นิเทศภาคปฏิบัติ สุ่มแบบเจาะจง จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม หาค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .86 วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า

1. ระดับความรู้ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.78$, S.D. = 0.07) ส่วนความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.36) และ ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.98) ตามลำดับ
2. โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ 2) ขณะฝึกปฏิบัติ 3) หลังฝึกปฏิบัติ
- 3) ผลของการนำโปรแกรมฯ มาใช้ พบว่า ความรู้และความตระหนักก่อนและหลังให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ส่วนปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 และอัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้คลอดลดลง
- 4) การประเมินประสิทธิผลโปรแกรมฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.50)

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้, การจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด, นักศึกษาพยาบาล

Corresponding author: *Email: Supaporn.t@stic.ac.th

ได้รับการสนับสนุนทุนจาก มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

วันที่รับ (received) 30 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 มิ.ย. 2567

Abstract

This research and development aims to 1) study nursing students' knowledge, awareness and nursing practice regarding risk management and maternal safety were studied and analyzed with 48 nursing students in the 4th year of section 1. The research instrument used was a questionnaire. Its reliability was tested using Cronbach's alpha. 2) develop a learning promotion program for risk management and maternal safety for nursing students. The program was confirmed by three experts. 3) study the effectiveness of the program. The sample group was 49 nursing students in the 4th year of Section 2, and 4) evaluate the effectiveness of the program. The sample group was practical supervision teachers. specific random was used for 5 peoples. The research instrument used was a questionnaire. Reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .86. The data was analyzed using percentage, mean, standard deviation and Paired t-test. The study results revealed as follows.

1. The overall knowledge about risk management and maternal safety was at a moderate level ($\bar{X} = 0.78$, S.D.=0.07). As for awareness and nursing practice about risk management and maternal safety, students overall were at a high level ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.36) and ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.98)

2. The learning promotion program about risk management and maternal safety for nursing students in St. Teresa International University consists of 3 steps including before practice, practice and after practice

3) After participating in the program, compared to before joining the program, students' scores in knowledge, awareness in risk management and maternal safety care significantly increased ($p < .001$) and nursing practice significantly increased ($p < .01$). And the incidence rate decreased.

4) Overall the effectiveness of the program was at a highest level ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.50)

Keyword: Learning promotion program, risk management and maternal safety, nursing students

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่คาดหวังของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายและเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ซึ่งความเสี่ยงเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ และอาจเกิดอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ หรือถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก็ต้องพยายามลดให้อยู่ในระดับที่น้อยที่สุด ที่สามารถยอมรับได้^{1,2} สำหรับประเทศไทยแนวทางในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีชื่อว่า SIMPLE มีการจัดทำคู่มือการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยใช้หลัก SIMPLE ซึ่งแบ่งเนื้อหาด้านความปลอดภัยเป็น 6 หมวด ได้แก่ Safe Surgery: ผ่าตัดปลอดภัย, Infection Control : การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, Medication Safety: ให้อาและเลือดที่ปลอดภัย, Patient Care Safety: กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย, Line, Tube and Catheter: ดูแลอุปกรณ์สายและท่อที่สอดใส่

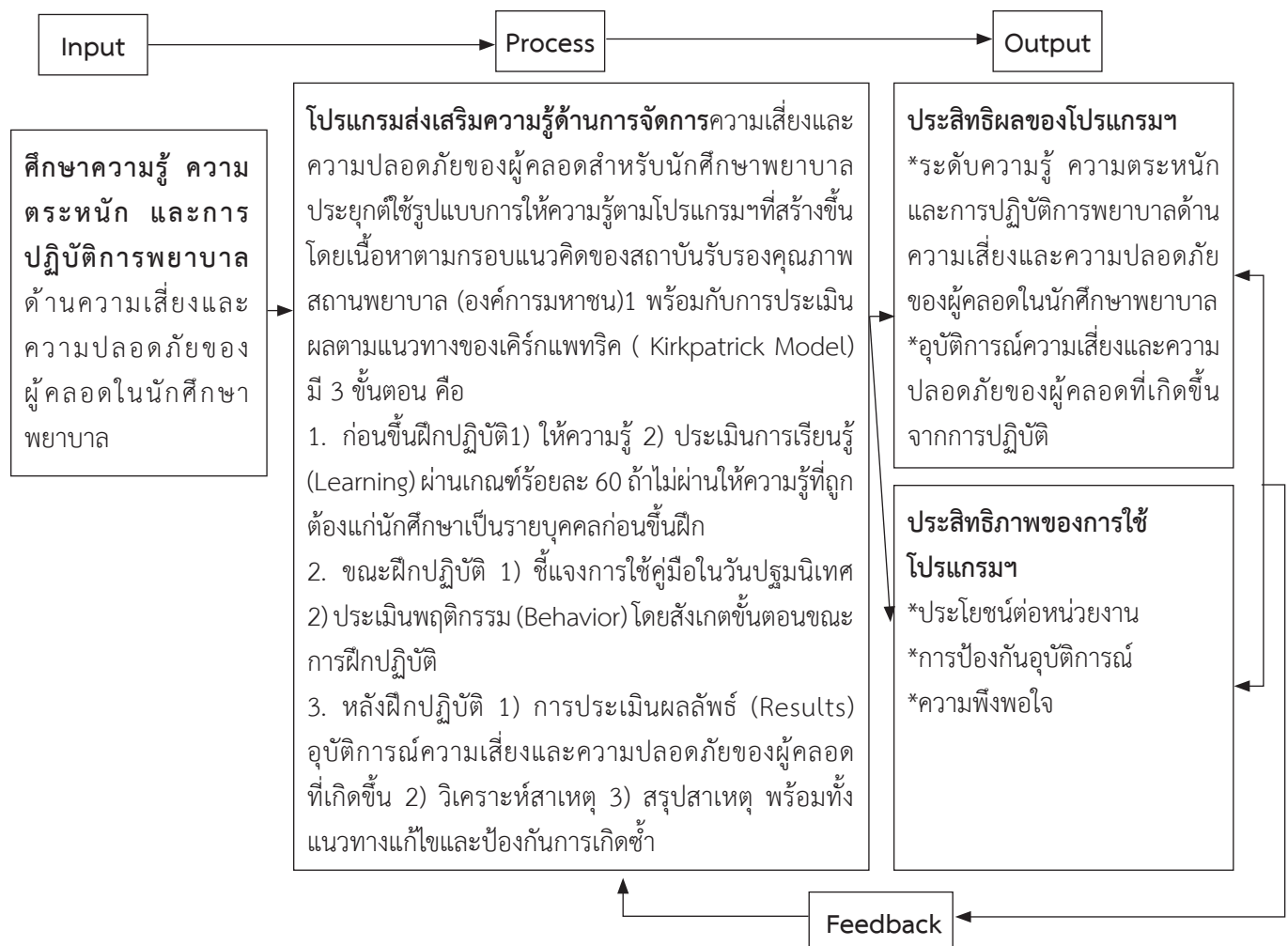
เข้าไปในร่างกายคนไข้ และ Emergency Response: ตอบสนองต่อภาวะวิกฤติ¹

งานห้องคลอดเป็นหน่วยที่ให้บริการที่มุ่งเน้นการบริหารความปลอดภัยของมารดาและทารก ซึ่งมีความคาดหวังของครอบครัวที่จะได้ทั้งลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ทั้งยังเป็นแหล่งเรียนรู้การฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลด้วย ดังนั้นหากเกิดอุบัติเหตุที่ไม่ปลอดภัย หรือเกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ผลกระทบอาจรุนแรงเกิดการฟ้องร้องได้ จากการศึกษาการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าสาขาสูติกรรมมีการร้องเรียนมากที่สุด และสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการสื่อสารรองลงมาคือมาตรฐานการรักษ า พฤติกรรมบริการ ตามลำดับ³

การฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลต้องผ่านการเรียนทฤษฎีและฝึกปฏิบัติภาคทดลองในห้องปฏิบัติการจำลองก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการจริง ซึ่งถือว่ายังมีทักษะและประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เพียงพอ จึงถือว่าเป็น

บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล⁴ แม้ขณะฝึกปฏิบัติภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศ อาจารย์ที่เลี้ยงหรือพยาบาลพี่เลี้ยง แต่ไม่สามารถควบคุมได้ตลอดเวลา จึงมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้⁵ ทางคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยานานาชาติเซนต์เทเรซาได้มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ยังพบว่ามียุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น ซึ่งวิเคราะห์สาเหตุเกิดจากความรู้ ความตระหนัก และความเคยชินในการปฏิบัติ อีกทั้งการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจส่งผลทำให้มียุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านองค์ความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดในนักศึกษาพยาบาล เป็นการเตรียม

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยที่ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 Section 1 มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ไม่ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากใช้ประชากรทั้งหมด จำนวน 48 คน โดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล และตรวจสอบความครอบคลุมด้านเนื้อหาของโปรแกรม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด จำนวน 3 คน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรม โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินผลตามแนวทางของเคิร์กแพทริก (Kirkpatrick Model) มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างประเมินเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ ประเมินการเรียนรู้ (Learning) ทั้งก่อนและหลังให้ความรู้ ด้วยแบบทดสอบที่สร้างขึ้น 2) ขณะฝึกปฏิบัติ ประเมินพฤติกรรม (Behavior) โดยการสังเกตขั้นตอนการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด ตามคู่มือได้ถูกต้องหรือไม่ อาจารย์นิเทศหรืออาจารย์พี่เลี้ยงวิเคราะห์สาเหตุและชี้แจงให้นักศึกษาทราบเพื่อปรับปรุง 3) หลังฝึกปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์ (Results) จากรายงานปฏิบัติการ ที่เกิดจากการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 Section 2 ปีการศึกษา 2566 ที่จะฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ไม่ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากใช้ประชากรทั้งหมด จำนวน 49 คน ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา จำนวน 5 คน โดยแบบสอบถามนำมาจากนวรรตน์ ไชยมูญและคณะ⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ฉบับ ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยว

กับความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด จำนวน 25 ข้อ 3) ความตระหนักในความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด จำนวน 15 ข้อ 4) การปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด จำนวน 12 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน หาค่าความตรงของเนื้อหาด้วยค่า (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .92 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค คำนวณค่าสถิติของคะแนนรายข้อและคะแนนรวม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82

2. แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ตามแบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

3. แบบสอบถามเพื่อประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการง่ายในการนำโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาลไปใช้ โดยนำมาจากนวรรตน์ ไชยมูญและคณะ⁹ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา Certificate Number STIC-S 029/2023 ซึ่งรับรองวันที่ 28 มิถุนายน 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ และการรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจ และนำเสนอ ผลการศึกษาออกมาในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อ ชื่อสกุลของผู้ตอบแบบสอบถาม และนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม-31 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่ครบถ้วนและสมบูรณ์คืนร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล อธิบายด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบระดับความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดในนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ และวิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดด้วยค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์

ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการ ความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษา พยาบาล โดยค่าคะแนน เฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การศึกษาความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติการ พยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดใน นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษา มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา รายด้าน และภาพรวม (n = 48 คน)

ความรู้ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. Infection Prevention and Control เรื่อง Hand hygiene	0.73	0.15	ปานกลาง
2. Medication เรื่อง High alert drug (ยาMgSO ₄)	0.88	0.19	สูง
3. Patient Care Process เรื่อง Patient Identification และ Effective communication: ISBAR	0.81	0.11	สูง
4. Line เรื่อง Infusion Pump	0.87	0.25	สูง
5. Emergency Response เรื่อง Post Partum Hemorrhage: PPH และ Birth asphyxia	0.66	0.13	ปานกลาง
ภาพรวม	0.79	0.07	ปานกลาง

ระดับความรู้ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษา โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 0.78, S.D. = 0.07) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้าน Medication เรื่อง High alert drug (ยาMgSO₄) มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 0.88, S.D. = 0.19)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษา ภาพรวม (n = 48 คน)

ความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความตระหนัก	4.05	0.36	มาก
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	4.28	0.98	มาก

ความตระหนักด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.36) และเมื่อพิจารณารายข้อ มีระดับมากที่สุด จำนวน 7 ข้อใน 15 ข้อ โดยเจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกคนควรฟื้นฟูความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ทุกปีเพื่อเพิ่มพูนความรู้อยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 5.00, S.D. = 0.00) ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, S.D. = 0.98) และเมื่อพิจารณารายข้อ มีระดับมากที่สุด จำนวน 7 ข้อใน 12 ข้อ โดยการตรวจสอบสายน้ำเกลือ ทุกเส้นตั้งแต่ต้นทางถึงข้อต่อก่อนที่จะต่อ/ถอดสาย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.90, S.D. = 0.37)

โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล

ประยุกต์ใช้รูปแบบการให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้นพร้อมกับการประเมินผลตามแนวทางของ เคิร์กแพทริก (Kirkpatrick Model) มี 3 ขั้นตอน คือ

1. **ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ** การดำเนินการดังนี้ 1) ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานห้องคลอด อาจารย์ผู้นิเทศให้ความรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดแก่นักศึกษาพยาบาล 2) อาจารย์ผู้นิเทศประเมินการเรียนรู้ (Learning) ด้วยแบบทดสอบที่สร้างขึ้น จำนวน 52 ข้อ แบ่งเป็น ด้านความรู้ 25 ข้อ ด้านความตระหนัก 15 ข้อ และการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 12 ข้อ 3) อาจารย์ผู้นิเทศตรวจสอบคะแนนรายบุคคลว่าผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 หากไม่ผ่านตามเกณฑ์ อาจารย์ผู้นิเทศวิเคราะห์ว่านักศึกษา มีความบกพร่องความรู้ในเรื่องใดแล้ว จึงให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่นักศึกษาเป็นรายบุคคลก่อนขึ้นฝึก

2. **ขณะฝึกปฏิบัติ** การดำเนินการดังนี้ 1) อาจารย์นิเทศชี้แจงเรื่องการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของ

ผู้คลอด โดยการใช้คู่มือแก่นักศึกษาในวันปฐมนิเทศ 2) อาจารย์นิเทศประเมินพฤติกรรม (Behavior) โดยสังเกตขั้นตอนการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด ว่าปฏิบัติตามคู่มือหรือไม่ หากนักศึกษาไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาจารย์นิเทศหรืออาจารย์พี่เลี้ยงวิเคราะห์สาเหตุและชี้แจงให้นักศึกษาทราบเพื่อปรับปรุง

3. **หลังฝึกปฏิบัติ** การประเมินผลลัพธ์ (Results) การดำเนินการดังนี้ 1) รวบรวมบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล 2) อาจารย์นิเทศร่วมกับพยาบาลประจำห้องคลอดวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล 3) สรุปสาเหตุ พร้อมทั้งแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

ผลการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษา ก่อนและหลังให้ความรู้ (n = 49 คน)

คะแนนสอบ	ก่อนให้ความรู้ (Pre test)		หลังให้ความรู้ (Post test)		t	Sig
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ระดับความรู้	18.43	1.72	21.92	2.20	11.106***	0.000
ความตระหนัก	4.09	0.36	4.55	0.40	7.653***	0.000
การปฏิบัติ	4.82	0.28	4.93	0.16	3.015**	0.004

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง พบว่าความรู้และความตระหนักก่อนและหลังให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ส่วนปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงและความปลอดภัยตามหลัก SIMPLE ก่อนและหลังให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ พิจารณารายข้อเรียงจากมากไปน้อยใน 3 ลำดับแรก พบว่าก่อนให้ความรู้ตามโปรแกรมอุบัติการณ์การล้าง

มือตามหลัก 5 moment ไม่ถูกต้อง พบมากที่สุด จำนวน 15 ครั้ง (ร้อยละ 30.61) ลดลงเป็น จำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 10.21) รองลงมาคือการล้างมือ 7 ขั้นตอนไม่ถูกต้องจำนวน 13 ครั้ง (ร้อยละ 26.53) ลดลงเป็น จำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 8.16) และการ Identification ผิดพลาด จำนวน 10 ครั้ง (ร้อยละ 20.41) ลดลงเป็นจำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 6.12) และอุบัติการณ์อื่น ๆ ลดลงทุกหัวข้อ เช่น การประเมินอาการมารดาตกเลือดหลังคลอดไม่ถูกต้องลดลงเหลือร้อยละ 2.04 ส่วนการเฝ้าระวังผู้คลอดเมื่อได้รับยา $MgSO_4$ ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ และตรวจสอบ

สายน้ำเกลือตามเกณฑ์มาตรฐาน มีพบอุบัติการณ์ เป็นต้น

ผลการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.50) และเมื่อพิจารณารายข้อเรียงจากมากไปน้อย พบว่าการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.80$, S.D. = 0.45) รองลงมาคือมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน (มหาวิทยาลัยและงานห้องคลอด), การเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดและภาพรวมของความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.55) และสามารถป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล และการเพิ่มความตระหนัก ในการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.45)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ระดับความรู้ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษา ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ส่วนความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดโดยรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า การเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎี Constructionism เป็นการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง โดยลงมือประกอบกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสามารถเชื่อมโยงความรู้ระหว่างความรู้ใหม่กับความรู้เก่าและสร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ขึ้นมา สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการจัดการเรียนรู้คณิตศาสตร์ตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ ที่ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาเรื่องอสมการ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่านักเรียนมีความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่านักเรียนที่เรียนด้วยกิจกรรมการเรียนรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁶

2. โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล ประยุกต์ใช้รูปแบบการให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้นพร้อมกับการประเมินผลตามแนวทางของ

เคิร์กแพทริก (Kirkpatrick Model) มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ จากผลวิจัยระดับความรู้ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษา ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลวิจัยความรู้ในการบริหารความเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 อยู่ระดับปานกลาง⁸ และจากบทความวิจัยสภาพการณ์การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช พบว่านักศึกษาขาดความพร้อมด้านการเตรียมองค์ความรู้⁷ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อทบทวนและประเมินความรู้ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน หากนักศึกษาไม่ผ่านตามเกณฑ์อาจารย์ผู้นิเทศวิเคราะห์นักศึกษาว่ามีความบกพร่องความรู้ในเรื่องใดแล้ว จึงให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่นักศึกษาเป็นรายบุคคล ก่อนขึ้นฝึก 2) ขณะฝึกปฏิบัติ โดยการใช้คู่มือในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาพัฒนารูปแบบการเรียนรู้หลักการบริหารความเสี่ยงสูงงานห้องคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ใช้คู่มือเป็นแนวทางปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบมากกว่าก่อนพัฒนาระบบ⁹ 3) หลังฝึกปฏิบัติ มีการรวบรวมบันทึกรายงานอุบัติการณ์ มาวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล สรุปสาเหตุพร้อมทั้งแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

3. ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่าระดับความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดของนักศึกษา หลังให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ผลคะแนนหรือค่าเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ และการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการจัดการเรียนรู้ทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการตระหนักรู้ ความปลอดภัยผู้ป่วย สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการตระหนักรู้ความ

ปลอดภัยผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ ส่วนการรับรู้และความตระหนักรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ($r = .77, 79, p < .01$)⁷

ส่วนอัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงและความปลอดภัยตามหลัก SIMPLE หลังใช้โปรแกรมฯลดลงทุกด้าน อธิบายได้ว่าการนำโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด มาใช้เป็นการส่งเสริมความรู้ความตระหนัก และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล แก่นักศึกษาพยาบาลในจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยงานห้องคลอด ซึ่งส่งผลให้อุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาพัฒนารูปแบบการเรียนรู้หลักการบริหารความเสี่ยงสูงงานห้องคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล เห็นว่าการส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัย ทักษะและการปฏิบัติอย่างปลอดภัย จนเกิดความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกกระบวนการของการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ส่งผลให้อุบัติการณ์ความเสี่ยงการใช้ยาเสี่ยงสูงลดลง^{7,11} และการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล ผลลัพธ์คือจำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้มลดลง ไม่พบพลัดตกหกล้มซ้ำ และสามารถปฏิบัติตามรายการ ร้อยละ 92.50¹²

4. การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่จัดทำขึ้น เกิดประโยชน์เนื่องจากช่วยเป็นแนวทางที่เป็นมาตรฐานของอาจารย์นิเทศในการฝึกภาคปฏิบัติและบริบทของแหล่งฝึกในการส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้หลักการบริหารความเสี่ยงสูงงานห้องคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา พบว่าผลการศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการเรียนรู้การบริหารความเสี่ยงสูงงานห้องคลอด พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85, S.D. = 0.44$)⁸ การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถส่งเสริมความตระหนักต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้¹³ และ

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิก สำหรับนักเรียนพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะการตัดสินใจทางคลินิกอยู่ในระดับดีเยี่ยม คุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ตามมาตรฐานการประเมินของ Stufflebeam โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.38, SD = 0.82$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพสามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถใช้งานได้จริง¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

นำโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้คลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล ไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงานห้องคลอดของแต่ละแหล่งฝึก โดยสามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทแหล่งฝึกนั้น ซึ่งต้องมีการทำความเข้าใจกับอาจารย์ผู้นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงประจำแหล่งฝึกก่อน เพื่อการใช้โปรแกรมที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์ในการเรียนการสอนและความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการเรียนรู้ความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาล ตามหลัก 2P Safety (Patient safety and Personnel safety เช่น การได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน

References

1. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient Safety Goal:SIMPLE Thailand 2018. Nonthaburi: D-ONE BOOKS; 2018. (in Thai)
2. Gunawan D, Sri Hariyati T. The implementation of patient safety culture in nursing practice. Enfermería Clínica. 2019; 29(2): 139-45.

3. Kamutthachai P. Case Studies of Medical Conflict Management in a Hospital. Public Health & Health Laws Journal. 2016; 2(2): 119-208. (in Thai)
4. Boonmee P, Mahamit Wongsan S, Kawila T. Knowledge, Perception, and Awareness of Risk Management and Patient Safety towards Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Phayao. Journal of Nursing and Education. 2019;11(3),112-24.
5. Amorratanathada C. The study of awareness of the 3rd Year Royal Thai Air Force Student Nurses in the academic Year 2016 about the patients' safety during puerperium after finishing Maternal-Newborn Nursing and Midwifery Practicum 3. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(3),204-13. (in Thai)
6. Nittayaros P. The Development Mathematics Instruction Based on Constructivist Theory to Promote Problem Solving Skill on Inequality for Matthayomsuksa 3 Students (Thesis). Mathematics Education; 2019. (in Thai)
7. Jerayingmongkol P, Naksrisang W, Nahathaiphokin J. The Situation of Risk Management for Patient Safety and Patients' Risk Prevention Guidelines for Practicing on the Wards among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2020; 3(3): 204-20. (in Thai)
8. Waichompu N, Niha S, Sulaman P, Bunlap P. Principles in Adminstrating High Alert Medication in Labor Room: Development of a Learning Model for Nursing Students Boromarajonani College of Nursing, Yala. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018; 5(1): 150-66. (in Thai)
9. Ketvatimart M, Pulom N, Chuencham J, Phanpom C. The Development of Promoting Competency model of Risk Management and Patient Safety Care among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi. Journal of Nursing and Education. 2015; 9(4): 74-89. (in Thai)
10. Bandansin J. Development of The Clinical Learning Management model to Enhance Patient Safety Awareness Complintencies for Nursing Students (thesis). Srinakharinwirot University; 2019. (in Thai)
11. Kumkong M. Patient Safety: A Guideline to Nursing Practicum. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019; 6(1): 216-28. (in Thai)
12. Kanmali Y. The Development of Nursing Services Model to Prevent Falls in Hospitalized Patients. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal. 2021; 4(2): 76-88. (in Thai)
13. Chaiaree C, Chiangkhong A. Development of a Raising Nurse's Awareness and Developing Nursing Care for Patient Safety Program. Kuakarun Journal of Nursing. 2019; 26(2) :22-37. (in Thai)
14. Sawangchit S, Wongsaita N, Kanglee K, Klinchet N, Srichum D, Thacheepan T. Development of Learning Nursing Skill Program via Digital Media to Encourage Clinical Judgement among the Second Year Nursing Students of The Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 133-43. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจที่จะ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเชียงราย

Effects of a Theory of The Planned Behavior-Based Program for Intention Not to Drink Alcohol Among Secondary School Female Students in Chiang Rai Province

วรศรา ปองทอง นฤมล เอื้อมณีกุล* อาภาพร เฝ้าวัฒนา

Warisara Pongthong Naruemon Auemaneeekul* Arpaporn Powwattana

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2-3 ปีการศึกษา 2566 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดเชียงราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Repeated Measure ANOVA ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง ทักษะคิดต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 เดือนข้างหน้าหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$) ด้านความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 เดือนข้างหน้าหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($p < .05$) แต่ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p = .574$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน, ความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, วัยรุ่นหญิง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a theory of the planned behavior-based program for intention not to drink alcohol among secondary school female students in Chiang Rai Province. The sample comprised of female lower secondary students in grades 8-9, during the academic year 2023, under the Office of the Basic Education Commission, Chiang Rai. The sample consisted of 32 students in the experimental group and 35 students in the comparison group. Data were collected at before the

experiment, after the experiment, and 4-week follow-up. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, mean values, standard deviations, independent t-tests, and Repeated Measure ANOVA. The results showed that the experimental group had significantly higher average scores in knowledge related to alcohol consumption among female adolescents, attitudes towards alcohol drinking behavior, perceived subjective norm to not drink alcohol, perceived behavioral control for not drinking alcohol and in the intention not to drink alcohol in the upcoming month after the experiment and at the follow-up compared to before the experiment ($p < .05$). Moreover, their scores were also significantly higher than the comparison group ($p < .05$). Their intention not to drink alcohol in the next 3 months after the experiment was significantly higher than before the experiment ($p < .05$), but there was no significant difference in the follow-up period compared to before the experiment ($p = .574$). Additionally, their scores were significantly higher than the comparison group ($p < .05$).

Keywords: A theory of the planned behavior, Intention not to drink alcohol, Female adolescents

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ครอบครัว และสังคม ซึ่งอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ ในคนทั่วโลก อีกทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณปีละ 3.3 ล้านคน ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพร้อยละ 5.9 ของภาระโรคทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลกพบว่าเยาวชนอายุ 15-19 ปี ทั่วโลกเป็นนักดื่มปัจจุบัน ร้อยละ 26.5 ซึ่งคิดเป็น 1 ใน 4 ของจำนวนเยาวชนทั้งหมด² สำหรับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 1.7 ต่อปี³ และวัยรุ่นเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราการดื่มในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 1.1 ต่อปี⁴ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีสถิตินักดื่มหน้าใหม่เพศหญิงเพิ่มขึ้น 4 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560⁵

สำหรับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดเชียงราย พบว่ามีสัดส่วนนักดื่มเยาวชนจากการสำรวจโดยอ้างอิงจากข้อมูลสถิติระดับจังหวัดในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 21.2 เป็นลำดับที่ 9 ของประเทศ⁴ และพบการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีสถิติอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนเพศหญิงร้อยละ 54 โดยเขตอำเภอเมืองเชียงรายมีอัตราการดื่มสูงที่สุด⁶ ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับบุคคลวัยรุ่นหญิงมักจะได้รับผลกระทบรุนแรงมากกว่าในวัยรุ่นชาย

เนื่องจากความแตกต่างทางด้านเคมีชีวภาพและสรีรวิทยาของเพศหญิงที่ส่งผลต่อกลไกการกำจัดแอลกอฮอล์ในร่างกายได้ไม่เท่ากับเพศชาย นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับและโรคอื่น ๆ มากกว่าในเพศชาย⁷ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของวัยรุ่น ทำให้มีปัญหาด้านความจำ สมาธิ และการควบคุมตนเอง⁸ อีกทั้งยังส่งผลกระทบในระดับสังคมได้แก่ การก่ออาชญากรรม และนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติด เป็นต้น⁹

จากการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิงทั้งในและต่างประเทศพบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง¹⁰ แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างความสนใจ และการพัฒนาทักษะ^{11,12} เป็นต้น แต่แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงยังคงสูงขึ้น เนื่องจากขาดประเด็นการให้ความรู้เรื่องผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัยรุ่นหญิง ถึงแม้ว่านักเรียนจะได้เรียนรู้แนวทางการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากจัดการเรียนการสอนในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นไปตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 รายวิชาสุขศึกษาที่เนื้อหาไม่มีรายละเอียดเฉพาะเจาะจงความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง แนวทางการส่งเสริมทัศนคติทางลบและการฝึกทักษะปฏิบัติเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen¹³ ในการป้องกันการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายพบว่าทำให้เกิดความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกรอบแนวคิด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นมาออกแบบเป็นกิจกรรมเพื่อให้ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้เกิดความรู้ เกิดทัศนคติเชิงลบต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความตั้งใจและการปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนและ 3 เดือนข้างหน้าภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนและ 3 เดือนข้างหน้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนและ 3 เดือนข้างหน้าสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจที่จะไม่ดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนและ 3 เดือนข้างหน้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีการทดสอบก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังทดลอง ประชากรเป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2-3 ปีการศึกษา 2566 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 8 โรงเรียน ซึ่งมีลักษณะและบริบทใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือกโรงเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่มีความเป็นอิสระต่อกันใช้สูตรของ Cohen¹⁴ คำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียง¹⁵ ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 1.05 กำหนดระดับความเชื่อมั่น = .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยครูหัวหน้าระดับชั้นคัดเลือกนักเรียนหญิงที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดเพื่อเข้ารับการบำบัดคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 4 ข้อคำถาม โดยคัดเลือกผู้ที่ตอบแบบสอบถามมีค่า 0 คะแนน หมายถึงเป็นผู้ที่ไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย โดยโรงเรียนกลุ่มทดลองมีผู้ผ่านการบำบัดคัดกรองและผ่านเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และโรงเรียนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน จึงให้ผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมดเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า Content validity index เท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ นำไปทดลองใช้กับนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเขตอำเภอเมืองเชียงราย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิงโดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.71 และหาค่า

Cronbach's Alpha Coefficient ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย กิจกรรมยามว่าง สถานภาพครอบครัว พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครองและเพื่อน จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง ได้แก่ สถานการณ์ การออกฤทธิ์ และผลกระทบจากการดื่มที่เกิดขึ้นต่อวัยรุ่นหญิง เลือกตอบถูกหรือผิด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วัดความเชื่อด้านบวกและด้านลบ ลักษณะมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 เดือนและ 3 เดือนข้างหน้า ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 3 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁴ มีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 รอบรู้ เรื่องน้ำเมา เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง ประกอบด้วย สถานการณ์การดื่ม การออกฤทธิ์และผลกระทบผ่านการบรรยายและสื่อวีดิทัศน์

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 2 ปรับทัศนคติเชิงลบ ป้องกันสารพัดพิษจากแอลกอฮอล์ เสริมสร้างทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านห้องเรียนอ่านข่าวโดยให้นักเรียนอ่านข่าวเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากนั้นรับชมสื่อวีดิทัศน์ “อย่าปล่อยให้เหล้า มาลงเรา”

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 3 สายใยรักจากเพื่อน ของฉัน สร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ สร้างการรับรู้ความคาดหวังของเพื่อนผ่าน google form และกิจกรรมการได้วาที่

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 4 Say no เราทำได้ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการรับรู้ความสามารถควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ความรู้เรื่อง “3 รัก สร้างทักษะห่างไกลแอลกอฮอล์” จัดกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติการฝึกทักษะในการตัดสินใจ การต่อรองและการปฏิเสธ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยมอบหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการทดลองจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมมอบหนังสือให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมให้เข้าร่วมงานวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง เริ่มการศึกษาตั้งแต่วันที่ 14 กรกฎาคม - 28 สิงหาคม 2566 กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที จำนวน 4 สัปดาห์ตามรายละเอียดในเครื่องมือการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact, independent t-test และ Repeated measure ANOVA โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2023-072 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลกับทางโรงเรียนและกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิธีการศึกษา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวระหว่างทำการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้อง

ต้องชี้แจงเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิที่กลุ่มตัวอย่าง
พึงจะได้รับแม้ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพ
รวมและเก็บรักษาเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ส่วนใหญ่อายุ 14 ปี รองลงมาอายุ 15 ปี เกรดเฉลี่ยภาคเรียน

ล่าสุดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.28 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ
3.33 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีกิจกรรมยาม
ว่างคือเล่นโทรศัพท์มือถือ ส่วนใหญ่ติดตามดาอยู่ด้วยกันและ
พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ทั้งสองกลุ่มมีเพื่อนสนิทที่โรงเรียน
จำนวนมากกว่า 4 คนขึ้นไป และพบว่าส่วนใหญ่มีสมาชิกใน
ครอบครัวและมีเพื่อนสนิทที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งข้อมูล
ทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง
และระยะติดตามผล เป็นรายคู่โดยวิธี Bonferroni ($n = 67$)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean difference	p-value	Mean difference	p-value
ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-2.156	.001	0.29	1.000
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	-2.000	.001	-0.143	1.000
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	0.156	.172	-0.171	1.000
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-3.031	.001	0.171	1.000
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	-2.875	.012	-0.771	1.000
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	0.156	1.000	-0.943	.215
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-4.812	.001	-0.286	1.000
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	-3.281	.001	-0.914	1.000
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	1.531	.001	-0.629	1.000
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-4.562	.001	-0.029	1.000
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	-4.656	.001	-0.343	1.000
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.094	1.000	-0.314	1.000
ความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-2.687	.001	0.057	1.000
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	-2.000	.001	1.400	.001
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	0.688	.150	1.343	.001
ความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 3 เดือนข้างหน้า				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-1.562	.001	-1.200	.017
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.562	.574	1.114	.109
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	1.000	.023	2.314	.001

จากตารางที่ 1 พบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความตั้งใจที่จะไม่ดื่มในอีก 1 เดือนข้างหน้า หลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติหลังทดลอง

และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และ $p = .012$ ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจที่จะไม่ดื่มในอีก 3 เดือนข้างหน้า หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($p < .001$) แต่ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p = .574$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ($n = 67$)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง							
ก่อนการทดลอง	5.84	1.42	5.86	1.44	-0.038	65	.970
หลังการทดลอง	8.00	1.50	5.83	1.58	5.750	65	.001
ระยะติดตามผล	7.84	1.39	6.00	1.35	5.497	65	.001
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ก่อนการทดลอง	31.41	2.91	30.80	4.30	0.669	65	.506
หลังการทดลอง	34.43	2.78	30.63	5.08	3.755	65	.001
ระยะติดตามผล	34.28	3.27	31.57	5.18	2.534	65	.021
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ก่อนการทดลอง	15.94	4.28	16.91	3.63	-1.010	65	.316
หลังการทดลอง	20.75	2.50	17.20	3.85	4.431	65	.001
ระยะติดตามผล	19.22	2.29	17.82	3.21	2.020	65	.013
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ก่อนการทดลอง	26.03	4.78	26.74	4.88	-0.602	65	.549
หลังการทดลอง	30.59	2.91	26.77	5.04	3.755	65	.001
ระยะติดตามผล	30.69	3.60	27.09	5.02	2.167	65	.030
ความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า							
ก่อนการทดลอง	7.34	2.88	7.71	2.63	-0.550	65	.584
หลังการทดลอง	10.03	1.45	7.66	2.65	4.497	65	.001
ระยะติดตามผล	9.34	1.47	6.31	2.34	6.281	65	.001
ความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 3 เดือนข้างหน้า							
ก่อนการทดลอง	8.81	2.03	7.91	2.51	1.597	65	.115
หลังการทดลอง	10.38	1.36	9.11	1.73	3.295	65	.001
ระยะติดตามผล	9.3	1.49	6.80	2.72	4.737	65	.001

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) ส่วนระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มในอีก 1 เดือน และ 3 เดือนข้างหน้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .021$, $p = .013$ และ $p = .030$ ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ผลการศึกษานี้สนับสนุนทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹³ ที่กล่าวว่าความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้รับอิทธิพลมาจากทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากการมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิงที่ดีขึ้น ที่เป็นผลมาจากกิจกรรมการให้ความรู้ โดยมีสื่อประกอบการสอนบรรยาย สื่อวีดิทัศน์ และมีการอภิปรายกลุ่มที่เนื้อหามีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นต่อวัยรุ่นหญิง ซึ่งวิธีการให้ความรู้ดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น การมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นผลมาจากผู้วิจัยจัดกิจกรรมส่งเสริมทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่าน

กิจกรรมห้องเรียนอ่านข่าวที่เนื้อหาเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ดื่ม ครอบครัว และในสังคม รับชมสื่อวีดิทัศน์ อธิบายเพื่อจูงใจไม่ให้ไปลองหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเสริมสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และการอภิปรายกลุ่มทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁶ การมีความเชื่อด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกิดจากผู้วิจัยส่งเสริมความเชื่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจัดกิจกรรมให้เพื่อนของกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นผ่าน google form และกิจกรรมการโต้วาที เพื่อเสริมแรงการรับรู้ถึงความคาดหวังต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อน และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจัดกิจกรรมสร้างความเชื่อความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการพัฒนาทักษะ ได้แก่ ทักษะในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา การต่อรอง และการปฏิเสธ ผ่านกิจกรรมบรรยายและฝึกทักษะผ่านบทบาทสมมติ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีโปรแกรมการฝึกทักษะการปฏิเสธเพื่อหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง ทักษะการสื่อสารและการประเมินความเสี่ยง รวมทั้งทักษะการแก้ปัญหา ผ่านการรับชมวีดิทัศน์และการแสดงบทบาทสมมติของนักเรียน ผลการศึกษาพบว่าสามารถชะลอความตั้งใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเริ่มต้นของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อให้เกิดทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีขึ้นในกลุ่มทดลอง¹⁷ จึงส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนสูงขึ้น ส่วนคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 3 เดือนข้างหน้าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนลดลงภายในกลุ่มทดลองบอกว่าคิดว่าระยะเวลา 3 เดือนข้างหน้าเป็นระยะเวลาที่ยาวนานซึ่งบางคนมีความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่บางคนคิดว่ามีโอกาสเสี่ยงเนื่องจากเป็นช่วงวันเกิดของเพื่อนในกลุ่มและการสอบกลางภาคเรียน จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกชักชวนให้ดื่มได้ จึงส่งผลต่อความตั้งใจที่จะไม่ดื่มในอีก 3 เดือนข้างหน้า ทำให้

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระยะติดตามผลไม่แตกต่างจาก
ก่อนการทดลองและคะแนนต่ำกว่าหลังการทดลองเล็กน้อย

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อย
ตามกลุ่มอ้างอิงต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความ
สามารถในการควบคุมตนเองต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
และความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือน
และ 3 เดือนข้างหน้า ภายหลังการทดลองและระยะติดตาม
ผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจาก
กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนการสอนจากในห้องเรียนตาม
ปกติที่ดำเนินการตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน
พุทธศักราช 2551 รายวิชาสุขศึกษาซึ่งมีสาระและมาตรฐาน
การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ
การป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสารเสพติดโดยภาพรวม
การเรียนการสอนแบบบรรยายให้ความรู้เท่านั้น แตกต่างจาก
กลุ่มทดลองที่เน้นการเรียนการสอนที่เฉพาะเจาะจงความรู้เกี่ยว
กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง ส่งเสริม
ทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
และการสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อ
การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นผลให้กลุ่มทดลองมีทักษะ
การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีขึ้น
ทำให้คะแนนทุกด้านและคะแนนด้านความตั้งใจที่จะไม่ดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 และ 3 เดือนสูงขึ้นกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎี
พฤติกรรมตามแผนที่มีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์
และผลกระทบจากการดื่ม สร้างทัศนคติด้านลบต่อพฤติกรรม
การดื่มแอลกอฮอล์ สร้างการรับรู้ แรงสนับสนุน แรงกดดัน
และแรงจูงใจจากบุคคลรอบข้าง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม
ทดลองมีความตั้งใจไม่ดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการบริการ ควรมีการจัดกิจกรรมให้พยาบาล
มาให้ความรู้กับนักเรียนในชั่วโมงโฮมรูม เน้นเรื่องการป้องกัน
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียน
ตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารสถานศึกษาและ

บุคลากรภายในโรงเรียนควรเสนอการบูรณาการเนื้อหาใน
โปรแกรมให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการสอนในโรงเรียน
โดยสามารถบูรณาการร่วมกับเนื้อหาการเรียนการสอนรายวิชา
โฮมรูมหรือวิชาแนะแนว เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นหญิง ทัศนคติทางลบต่อ
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีทักษะต่อการป้องกัน
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. ด้านวิชาการ นำรูปแบบของโปรแกรมไปประยุกต์
ใช้กับกลุ่มเสี่ยงเพศชาย โดยปรับเนื้อหาให้มีความเหมาะสม
กับเพศ เช่น การส่งเสริมทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรม
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเนื้อหาเฉพาะเจาะจง
เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ในวัยรุ่นเพศชาย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมที่ให้ครูและผู้ปกครอง
เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์กิจกรรมด้วย อาจทำให้ได้
กิจกรรมที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นเพศหญิง
ในกลุ่มอื่น ๆ ด้วย เช่น วัยรุ่นเพศหญิงสถาบันการศึกษานอก
ระบบโรงเรียน เป็นต้น
3. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว
เพื่อดูความยั่งยืนของความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
เป็นระยะ เช่น 3 เดือน 6 เดือนหรือ 1 ปี รวมทั้งควรจัดให้มี
กิจกรรมการกระตุ้นทุก ๆ 3 เดือน

References

1. World Health Organization (WHO). Global alcohol
action plan 2022-2030. Geneva: World Health
Organization; 2023.
2. World Health Organization (WHO). Global status
report on alcohol and health 2018. Geneva:
World Health Organization; 2018.
3. Centre for Alcohol Studies. Alcohol Consumption
in Thai Society Report 2017. Bangkok:
Centre for Alcohol Studies; 2019. (in Thai)

4. Centre for Alcohol Studies. Patterns and trends in alcohol drinking behavior of the Thai population. Songkhla: Centre for Alcohol Studies; 2022. (in Thai)
5. Centre for Alcohol Studies. Alcohol Consumption in Thailand 2021. Bangkok: Centre for Alcohol Studies; 2022. (in Thai)
6. Chankhanti W, Paiwan R, Noonpun S. Awareness among Young Non-Drinkers in Chiang Rai of the Alcohol Control Laws. Law and Local Society Journal. 2018; 2(2): 29-56. (in Thai)
7. Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, et al. Alcohol consumption and risk of liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. The American Journal of Gastroenterology. 2019; 114(10): 1574-86.
8. Liang W, Chikritzhs T. Age at first use of alcohol predicts the risk of heavy alcohol use in early adulthood: A longitudinal study in the United States. International Journal of Drug Policy. 2015; 26(2): 131-4.
9. Chaochalard P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T. Effects of an Alcohol Use Prevention Program Applying Self- Efficacy Theory among 7th Grade Students in Nakhon Pathom Province. Ramathibodi Nursing Journal. 2019; 24(2): 210-24. (in Thai)
10. Ritmontree S, Daosodsai S, Boontoch K, Chansuk S. The Harmful Impacts of Other People Drinking Alcohol by The Perception of Victims. Udonthani Hospital Medical Journal. 2023; 31(1): 51-61. (in Thai)
11. Ramsiri K, Homsin P, Srisuriyawet R. Effects of An Information-Motivation-Behavioral Skills Program for Alcohol Drinking Prevention Among Female Adolescents. Journal of Health and Nursing Research. 2020; 38(2): 48-58. (in Thai)
12. Sukkum S, Powwattana A, Auemaneekul N. Effects of the Program with the Information Motivation Behavioral Skill Model toward the Preventive Behavior in Alcohol Drinking among the Female Vocational Students in Bangkok. Journal of Health and Nursing Research. 2020; 36(3): 57-68. (in Thai)
13. Ajzen I. The Attitudes, personality and behavior. (2nd Edition). Milton-Keynes:Open University Press-McGraw Hill Education. 2005.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Lawrence Erlbaum Associates. 1988.
15. Piyaaramwong P, Samawathdana R, Wattanaburanon A. Alcohol drinking prevention program management for lower secondary school female students in Bangkok. Journal of Medicine and Health Sciences. 2017; 24(1): 55-66. (in Thai)
16. Saleengarm W, Rawiworakul T, Jirapongsuwan A, Sompopcharoen M. Effects of A New Drinkers Prevention Program for Primary School Students, Surin Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 147-56. (in Thai)
17. Cutrín O, Kulis S, Maneiro L, MacFadden I, Navas MP, Alarcón D, Gómez-Fraguela JA, Villalba C, Marsiglia FF. Effectiveness of the Mantente REAL Program for Preventing Alcohol Use in Spanish Adolescents. Psychosocial Intervention. 2021; 30(3): 113 - 22.
18. Mitkome A, Phetphum C. The effect of the intention not of drinking alcohol program by applying the theory of planned behavior among the 10th grade students in Kongkrait district, Sukhothai province. Disease Control Journal. 2021; 47(2): 267 - 77.

การศึกษาความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ

The study of anxiety among Students of Underwater Medicine Naval Medical Department

กรุณา วงษ์เทียนหลาย*¹ แก้วตา กิจกำแหง² อภิญญา รอดรักษ์¹
Karuna Wongtienlai*¹ Kaewta Kitkamhang² Apinya Rodrux¹

¹วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10600

¹Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok Thailand 10600

²กองเวชศาสตร์ใต้น้ำและการบิน กรมแพทย์ทหารเรือ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10600

²Division of Underwater and Aviation Medicine Naval Medical Department, Bangkok Thailand 10600

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสาน (Explanatory Sequential Design) เพื่อการศึกษาความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 25 คน ในปีการศึกษา 2566 ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด แหล่งรายได้ของตนเองต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการผ่านการอบรมเน้นการฝึกปฏิบัติในแนวเดียวกับหลักสูตรเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลในขณะเรียนหลักสูตรฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ แบบวัดความวิตกกังวล 20 ข้อ และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวล 3 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวล สถิติไคส์ สแควร์ และวิเคราะห์แบบสอบถามปลายเปิด และการทำสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1) ความวิตกกังวลภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับน้อย (Mean = 50.46 SD = 1.50) และมีนักเรียน จำนวน 8 คน อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 32 เท่ากัน

2) ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ และความเพียงพอของรายได้ และการผ่านการอบรมเน้นการฝึกปฏิบัติในแนวเดียวกับหลักสูตรเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($P < .05$) ระดับปานกลาง ($0.26 < V < 0.55$)

3) เพื่อนร่วมรุ่น ครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการลดความวิตกกังวลขณะศึกษาหลักสูตร

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมทั้งในระยะก่อนเรียน ระหว่างเรียน เพื่อให้นักเรียนหลักสูตรเวชศาสตร์ใต้น้ำ เพื่อลดความวิตกกังวล และเรียนทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล การจัดการหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ

Abstract

The purpose of this Explanatory Sequential Design was to study the anxiety levels of students in the Underwater Medical Technician curriculum of the Royal Thai Navy Medical Department, comprising 25 individuals in the academic year 2023. The experimental variables included gender, age, marital status,

Corresponding Author: *Email : khunkaruna.w@gmail.com

วันที่รับ (Received) 29 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 15 มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 30 มิ.ย. 2567

highest level of education, personal monthly income, sufficiency of income, chronic illnesses, and training emphasizing practical skills aligned with the Underwater Medical Technician curriculum of the Royal Thai Navy Medical Department. The dependent variable was anxiety levels during study. Research tools included a 7-item personal information questionnaire, Spielberger, a State-Trait Anxiety Inventory (1983) consisting of 20 items, and a 3-item open-ended questionnaire on anxiety management. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, means, standard deviations, correlation analysis using Pearson's correlation coefficient and analysis of open-ended questionnaires. Focus group discussions were also conducted, with content analysis employed.

Findings revealed that:

1. Underwater Medical Technician students exhibited overall, there was a low level of Anxiety (Mean = 50.46 SD = 1.50), and there were 8 people, who were at the highest level and the lowest level, accounting for 32 percent equally.

2. The highest level of education, income, sufficiency of income, and training emphasizing practical skills were significantly correlated with anxiety moderate levels ($P < .05$). ($0.26 < V < 0.55$)

3. Peers and family were significant factors in reducing anxiety levels during the course of study.

The results of the research can be used to prepare before class and during class that Underwater Medical Technician students to reduce anxiety and study both theoretical part and practice part

Keywords: Anxiety, management, Underwater Medicine Technician, Naval Medical Department

บทนำ

กรมแพทย์ทหารเรือ กำหนดวิสัยทัศน์เป็นองค์กร แพทย์ทหารที่มีขีดสมรรถนะสูงและเป็นผู้นำด้าน เวชศาสตร์ ทางทะเลของประเทศ ซึ่งงานด้านเวชศาสตร์ใต้น้ำเป็นส่วนหนึ่งของเวชศาสตร์ทางทะเล โดยเน้นการรักษาผู้ป่วยเจ็บที่เกิดจากการปฏิบัติการใต้น้ำ ในการดูแลผู้ป่วยเจ็บที่เกิดจากการปฏิบัติการใต้น้ำ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน โดยมีการอบรมบุคลากรในหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำต่อเนื่อง ซึ่งได้ดำเนินการจัดอบรมล่าสุดในปี พ.ศ. 2558 โดยใช้หลักสูตรที่ได้รับการปรับปรุง ในปี พ.ศ. 2555 ปัจจุบันหลักสูตรดังกล่าว ดำเนินการเปิดอบรมมาแล้ว เป็นระยะเวลา 5 ปี¹ โดยในหลักสูตรนี้ จะต้องมีการเรียนภาคทฤษฎี ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเวชศาสตร์ใต้น้ำ การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤตระหว่างการฝึกทางทะเล หรือการดำน้ำของชาวประมง ตลอดจนในภาคปฏิบัติ จะมีการเสริมสร้างสมรรถนะทางร่างกายของตนเองให้มีความแข็งแรง พร้อมทั้งจะช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางทะเล หรือลำนํ้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการทดสอบร่างกาย ควบคู่กับการเรียนภาคทฤษฎี ทั้งส่วนของการวิ่งวันละ 10 กิโลเมตร การว่ายน้ำ

ให้ได้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ทุกวัน เพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติทางภาคทะเล ใน อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี ซึ่งทำให้ผู้เรียนเกิดความวิตกกังวล ทั้งจากการบาดเจ็บที่ได้รับระหว่างการทดสอบ กังวลในผลการสอบ กังวลการบาดเจ็บจะไม่หายดี หรือดีขึ้น ส่งผลต่อการฝึกภาคปฏิบัติจริงในภาคทะเล และส่งผลต่อการไม่สำเร็จการศึกษา ความวิตกกังวลเหล่านี้ ส่งผลทำให้อาจารย์ผู้ดูแลหลักสูตรจึงมีความจำเป็นต้องมีการปรับปรุงหลักสูตรตามวงจร กอปรกับปัจจุบันวิวัฒนาการทางด้านการแพทย์ ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องและเทคโนโลยี มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรต้องได้รับการฟื้นฟูองค์ความรู้และพัฒนาทักษะความสามารถเฉพาะด้านให้ทันกับยุคสมัย และการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านวิชาการ และทางด้านร่างกายให้กับผู้เรียน ตลอดระยะเวลาของการเรียน

จากสถิติข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย ในช่วงปี 2564 พบว่า ประชาชนทั่วไปมีภาวะวิตกกังวลสูงอยู่ที่ร้อยละ 14.5 มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9.5 และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ร้อยละ 16.8 โดยพบว่า ปัญหาดังกล่าวนี้มีสัดส่วนสูงมากในกลุ่มเด็กและเยาวชนวัยเรียน

อายุไม่ถึง 20 ปี และ 20-29 ปี ซึ่งเกิดจากความวิตกกังวลที่เกิดจากการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ตามสถิติ โดยความกังวลใจส่วนใหญ่เกิดขึ้นในวันรุ่น ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และพฤติกรรมทางการอารมณ์ และส่วนใหญ่ในความกังวลจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเรียน และอนาคตของตน² ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ นักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ เกี่ยวกับว่า ถึงแม้จะทราบว่า พรุ่งนี้จะต้องเรียนอะไร หรือทดสอบอะไร แต่ด้วยหลายปัจจัย ทั้งในเรื่องของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทางร่างกายจากการทดสอบในแต่ละครั้ง จะส่งผลทำให้สมรรถภาพทางร่างกายในการทดสอบของตนเองล้าช้า ในบางวันสถิติการวิ่ง หรือการว่ายน้ำ ลดลงจนรู้สึกว่า จะผ่านหรือไม่ ทำให้ขาดกำลังใจ นอนไม่ค่อยหลับ และมีความล้าในวันอื่น ๆ ของการเรียน

ความวิตกกังวล (Anxiety) ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่สังเกตได้อย่างชัดเจน ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ฯลฯ สอดคล้องกับการสัมภาษณ์นักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ ตลอดจนด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิด คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน คิดอะไรไม่ออก เก็บตัว เงียบซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ฯลฯ และด้านสังคม ได้แก่ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่น ทะเลาะวิวาทกับคนใกล้ชิด หรือไม่พูดจากับใคร³ ซึ่งพบว่า นักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ มีความวิตกกังวลที่มีเพื่อนในรุ่น ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และช่วยกันให้แต่ละคนผ่านการทดสอบในแต่ละครั้งได้ จนไม่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป อาทิ ความวิตกกังวลคือความวิตกกังวลเรื้อรัง (Generalized Anxiety Disorder) ความวิตกกังวลจากการพลัดพราก (Separation Anxiety Disorder) กลัวกังวลไม่กล้าออกจากบ้าน (Agoraphobia) กลัวการพูด หรือทำอะไรในที่สาธารณะ (Social Phobia) กลัววัตถุหรือสถานการณ์ที่เฉพาะและพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่กลัว (Simple Phobia) ย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Disorder) ซึ่งการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลว่าจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตราย ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลบุคคลจะประเมินและคาดคะเนแตกต่างกันไปแล้วแต่การรับรู้และความคิดของแต่ละบุคคล⁴ ถ้าบุคคลประเมินได้ว่า สิ่งเร้าจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจอย่างรุนแรงก็จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นมาก และอาจจะมากกว่าระดับความรุนแรงของสิ่งเร้านั้นจะมีผลต่อบุคคล ขณะที่อีกบุคคลหนึ่ง

ตอบสนองสิ่งเร้าเดียวกันน้อยกว่า เพราะมีการประเมินว่า สิ่งเร้านั้นเกิดความไม่พึงพอใจหรือทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคลอย่างรุนแรงจนถึงกับเกิดความหมดหวังที่จะช่วยเหลือตนเองให้พ้นจากสิ่งเร้า

สาเหตุของความวิตกกังวลเกิดจากความกดดันที่เกิดขึ้นในหลายด้านของชีวิต จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวลสูงสุด คือ กลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย-วัยทำงาน อายุ 22-59 ปี และรองลงมา คือ กลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-21 ปี แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยมีความวิตกกังวลเป็นปัญหาสำคัญต่อการดำเนินชีวิต การหลั่งฮอร์โมนที่ไม่สมดุลทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ส่งผลกระทบต่อสมาธิในการเรียน มีอารมณ์แปรปรวน ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ บุคคลที่มีความวิตกกังวลสะสมในระดับมากหรือเห็นสะสมความวิตกกังวลเอาไว้มากจนเกิดไปและเป็นเวลานาน ทำให้มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด⁵ ซึ่งสอดคล้องกับคุณสมบัติของผู้เรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ จะอยู่ในช่วงอายุไม่เกิน 35 ปี ซึ่งถือว่าเป็นช่วงอายุที่มีแนวโน้มในการเกิดปัญหาด้านความวิตกกังวลสูงสุดเป็นอันดับ 1 และอันดับ 2 ซึ่งจากการศึกษา นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาทำการศึกษาเกี่ยวกับชีวิตคน มีความวิตกกังวลในระดับน้อย (mild anxiety) คิดเป็นร้อยละ 0.30 มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) คิดเป็นร้อยละ 27.90 มีความวิตกกังวล ในระดับสูง (high anxiety) คิดเป็นร้อยละ 51.70 และมีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (severe anxiety) คิดเป็น ร้อยละ 20.106 สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ พบว่าเหตุผลหนึ่งของการลดความวิตกกังวล หรือทำให้ความวิตกกังวล คือ การได้ผ่านประสบการณ์คล้าย ๆ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาแล้ว⁷

หลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ เป็นหลักสูตรที่มีระยะเวลาในการอบรม 16 สัปดาห์ การศึกษาภาคทฤษฎีจำนวน 16 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต) การศึกษาภาคปฏิบัติ (จำนวน 32 ชั่วโมง) ซึ่งระหว่างการเรียนรู้ภาคทฤษฎีจะมีการทดสอบสมรรถนะทางร่างกายควบคู่ไปด้วย เพื่อเป็นการเสริมสร้างความแข็งแรงและสมรรถนะทางกาย ในการเตรียมความพร้อมการฝึกภาคสนาม จำนวน 64 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต) การเรียนการสอนภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ใช้สถานที่ กองเวชศาสตร์ได้น้ำและการบิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กองเวชศาสตร์ได้น้ำและ

การบิน โรงพยาบาลอากาศเรียตวิงส์ หน่วยบัญชาการสงครามพิเศษทางเรือ กองเรือยุทธการ และกองประดาน้ำ และถอดทำลายอมภัณฑ์ กรมสรรพาวุธทหารเรือ 1 สัปดาห์แรกเริ่มมีทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงขึ้น ความวิตกกังวลลดลงกว่าสิ่งที่ได้ยินมา จากการศึกษา พบว่าผู้เรียนมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่ให้ลงมือกระทำมากขึ้น จะมีประสบการณ์ในการเผชิญกับต้นเหตุของความวิตกกังวลต่าง ๆ รวมถึงจะมีประสบการณ์ ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความวิตกกังวลในภาวะการณ์ต่าง ๆ เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา มีวุฒิภาวะสูงขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลลดลง⁷ อีกทั้งทำให้เกิดความสุขที่ได้รู้ในสิ่งที่ต้องการรู้ กล่าวคือ ความสุขในการเรียนรู้คือการที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามความต้องการของตนเองซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่สนองความใฝ่รู้และความสร้างสรรค์ของตนเอง รวมทั้งได้กระทำสิ่งที่ชอบความสุขในการเรียนรู้เป็นการเรียนรู้ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ผู้เรียนมีอิสระ และทำให้ความวิตกกังวลลดลง⁸ นั่นคือ นักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำที่ผ่านหลักสูตรที่มีการเรียน และการฝึกภาคปฏิบัติที่มีความคล้ายคลึงกัน จะมีความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับน้อย เมื่อเทียบกับผู้เรียนที่ไม่ผ่านหลักสูตรใด ๆ ก่อนมาสมัคร ประกอบกับการได้รับข้อมูลที่ชัดเจน และประสบการณ์ตรงที่ได้รับในการมารับการฝึกที่มากขึ้น การมีความสุขในการเรียนตลอดหลักสูตร ทำให้วิตกกังวลที่แสดงถึงพฤติกรรม จิตใจ ภาวะนอนไม่หลับปวดศีรษะ ทานอาหารไม่ได้ ลดลง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล และลักษณะการเรียนของหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำฯ ตลอดจนการสัมภาษณ์ทั้งนักเรียนรุ่นพี่ (UM 11, 12) และนักเรียนรุ่นปัจจุบัน (UM 13) อีกทั้งยังไม่มีมีการทำการศึกษาความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรนี้มาก่อน ทำให้คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการศึกษาความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อนำสู่การพัฒนาหลักสูตร การออกแบบเนื้อหาทั้งทฤษฎี และปฏิบัติสู่ตัวผู้เรียนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการเรียน โดยคณะผู้วิจัยเพิ่มมีตัวแปรที่ศึกษา คือ พฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเวชศาสตร์ใต้น้ำ และออกการ

เครื่องมือโดยการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เรียน ในการสร้างแบบสอบถามทั้งปลายปิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล และแบบสอบถามปลายเปิด เมื่อวิเคราะห์คำตอบทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ นำคำตอบเชิงคุณภาพสนทนากลุ่มร่วมกันกับผู้เรียนหลักสูตรทั้ง 25 คน เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาคำตอบที่ได้รับ และเป็นการยืนยันคำตอบที่ตอบมาโดยไม่ระบุตัวบุคคล เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เรียน และผู้สอนในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการมาศึกษา ระหว่างการศึกษาตลอดจนสามารถศึกษาหลักสูตรนี้จนจบตามจำนวนที่รับเข้ามา ได้อย่างมีความสุข ต่อไป

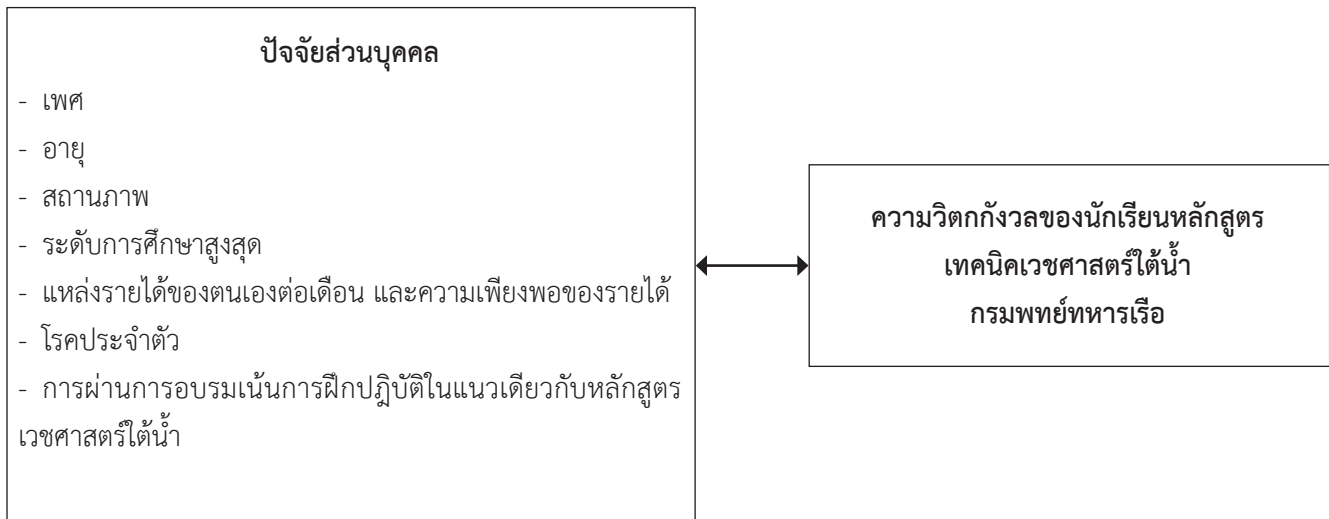
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ
3. ศึกษาการจัดการเมื่อเกิดความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวล ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และรูปแบบการจัดการความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ เป็นสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรม พัฒนามาจากแบบวัดความวิตกกังวล The State Trait Anxiety Inventory (STAI Form)⁹ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ และดาราวรรณ ตะปินตา และมาพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 20 ข้อ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด แหล่งรายได้ของตนเองต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการผ่านการอบรมเน้นการฝึกปฏิบัติในแนวเดียวกับหลักสูตรเวชศาสตร์ได้น้ำมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (Explanatory Sequential Design) เริ่มจากระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และทำการวิเคราะห์ผลที่ได้ต่อไปโดยอธิบายวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาระดับความวิตกกังวล การศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเวชศาสตร์ได้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ และศึกษาการจัดการ เมื่อเกิดความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเวชศาสตร์ได้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ

ประชากร คือ นักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ ที่ผ่านการคัดเลือกให้เข้าอบรมในปีการศึกษา 2566 จำนวน 25 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ พร. ที่ผ่านการคัดเลือกให้เข้าอบรมในปีการศึกษา 2566 จำนวน 25 คน โดยเป็นการเลือกแบบเจาะจง ใช้กลุ่มประชากรทั้งหมดเป็นผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ โดยมีเอกสารรับรองโครงการวิจัย (certificate of Approval :COA) รหัสโครงการ RP019/66 เอกสารรับรองหมายเลข COA-NMD-REC020/66 ระยะเวลาการรับรองตั้งแต่ 26 มิถุนายน 2566–25 มิถุนายน 2567

กระบวนการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย (Recruitment process) ขอเวลาพบนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ ไม่มีผลกระทบต่ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการทำวิจัยครั้งนี้ โดยใช้เวลา 20 นาที ที่ห้องเรียนกองเวชศาสตร์ได้น้ำ รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ ที่ผ่านการคัดเลือกให้เข้าอบรมในปีการศึกษา 2566 มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับความเจ็บป่วยระหว่างการทำวิจัยจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามและร่วมสนทนากลุ่มได้

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาตามความสมัครใจ ไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อผู้ร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลการวิจัย เก็บไว้เป็นระยะเวลาทั้งหมด

1 ปี นับตั้งแต่ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และจะทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และลบไฟล์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด แหล่งรายได้ของตนเองต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้โรคประจำตัว และการผ่านการอบรมเน้นการฝึกปฏิบัติในแนวเดียวกับหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของนักเรียน หลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ 20 ข้อ พัฒนามาจากแบบวัดความวิตกกังวล The State Trait Anxiety Inventory (STAI Form)⁹ การให้คะแนน ข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวก 11 ข้อ คือ ข้อ 2,4,5,8,9,11, 12,15,17,18,20 ประเมินค่า 4 ระดับ เป็นประจำ 4 เป็นบ่อย 3 เป็นครั้งคราว 2 ไม่เคยเลย 1 ข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบ 9 ข้อ คือ ข้อ 1,3,6,7,10,13,14,16,19 ประเมินค่า 4 ระดับ เป็นประจำ 1 เป็นบ่อย 2 เป็นครั้งคราว 3 ไม่เคยเลย 4 ผลการประเมินและวิเคราะห์ ความวิตกกังวล คะแนนรวมสูงที่สุด 80 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน 20-40 คะแนน คือ ไม่มีความวิตกกังวล 41-60 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย 61-70 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก และ 71-80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด

ตอนที่ 3 และตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด เกี่ยวกับความวิตกกังวล ดังนี้ ตอนที่ 3 3.1) ท่านคิดว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติก่อนที่จะฝึกจริงในภาคสนาม ช่วยลด เพิ่ม ความวิตกกังวล หรือไม่ อย่างไร อธิบาย 3.2) เมื่อเกิดความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือพฤติกรรมอื่น อธิบาย 3.3) ท่านมีวิธีจัดการความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น อย่างไร เช่น ออกกำลังกาย ทานอาหารมากขึ้น และ ตอนที่ 4 ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่น ๆ เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล เมื่อได้คำตอบปลายเปิด จึงนำมาสนทนากลุ่มร่วมกัน เพื่อเป็นการยืนยัน และแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมความชัดเจนในคำตอบเพิ่มมากขึ้น ในภาพรวมของนักเรียนกลุ่มนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ มีผู้ทรงการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้านจิตวิทยา 1 ท่าน ด้านการให้คำปรึกษา 1 ท่าน และด้านการศึกษา 1 ท่าน มีการปรับภาษาให้คมชัด และเข้าใจง่ายมากขึ้น โดยหาค่า IOC มีค่าระหว่าง 0.60-1.00 และ จากการศึกษาครั้งนี้ได้หาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธี แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงปริมาณ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของคุณสมบัติส่วนบุคคล และระดับของความวิตกกังวล ด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ตอนที่ 2 วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล กับความวิตกกังวล ใช้ Chi - Square test

เชิงคุณภาพ

ตอนที่ 3 และตอนที่ 4 นำคำตอบปลายเปิดที่ผ่านการวิเคราะห์เนื้อหา และการลงรหัส code Item ของคำตอบจากผู้เรียนทั้ง 25 คน สนทนากลุ่ม โดยการนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาบูรณาการเชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อยืนยันคำตอบให้เกิดความอึดตัวของเนื้อหามากที่สุด

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป เป็นเพศชาย 23 คน หญิง 2 คน ร้อยละ 92 และ 8 มีสถานภาพ โสด 24 คน คู่ 1 คน ร้อยละ 96 และ 4 ระดับการศึกษาสูงสุด ปวส. และอื่น ๆ 16 คน ปริญญาตรี 7 คน ปริญญาโท 2 คน ร้อยละ 64, 28 และ 8 แหล่งรายได้ของตนเองต่อเดือน จากตนเองอย่างเดียว 24 คน สามีหรือภรรยา 1 คน ร้อยละ 96 และ 4 ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน เพียงพอ 14 คน ไม่เพียงพอ 11 คน ร้อยละ 56 และ 64 และเคยผ่านการอบรมเน้นการฝึกปฏิบัติในแนวเดียวกับหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ พร. เคยอบรม 18 คน ไม่เคยอบรม 7 คน ร้อยละ 72 และ 28 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ระดับความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ (n = 25)

ระดับความวิตกกังวล	ช่วงคะแนนระดับความวิตกกังวล	นร.ที่มีความวิตกกังวล		Mean	SD.
		จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีความวิตกกังวล	20 – 40	4	16	22	0.82
ความวิตกกังวลเล็กน้อย	41 – 60	8	32	44.13	1.13
ความวิตกกังวลมาก	61 – 70	5	20	63.50	2.08
ความวิตกกังวลมากที่สุด	71 – 80	8	32	72.25	1.98
ผลรวมเฉลี่ย		25	100	50.46	1.50

ตารางที่ 1 ระดับความวิตกกังวล พบว่า ภาพรวมมีระดับความวิตกกังวลระดับน้อย และมีนักเรียนที่มีระดับความวิตกกังวลมากที่สุด และน้อย เท่ากัน คือ 8 คน ระดับความวิตกกังวลน้อย และไม่มีความวิตกกังวล เท่ากัน 4 คน ร้อยละ 32 และ 16 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา แหล่งรายได้ของตนเอง และการผ่านการอบรมฯ (n = 25)

ปัจจัยความสัมพันธ์	ระดับความวิตกกังวล				X ²	P-value
	ไม่มี	น้อย	มาก	มากที่สุด		
สถานภาพ					18.328	.0191
โสด	0.00	33.33	11.11	55.56		
คู่	100.00	0.00	0.00	0.00		
หย่า / หม้าย	0.00	0.00	0.00	0.00		
ระดับการศึกษาสูงสุด					20.328*	0.016
มัธยมศึกษาปีที่ 6	11.11	33.33	0.00	55.56	(V = .232)	
ปริญญาตรี	6.15	83.08	3.08	7.69		
ปริญญาโท	25.00	25.00	25.00	25.00		
อื่น ๆ ปวส.	0.00	100.00	0.00	0.00		
แหล่งรายได้ของตนเอง					12.265*	0.034
ตนเองอย่างเดียว	12.66	36.12	7.27	45.27	(V = .113)	
บิดา มารดา	0.00	0.00	0.00	0.00		
สามี หรือ ภรรยา	0.00	100.00	0.00	0.00		
ความเพียงพอของรายได้					21.037*	0.027
เพียงพอ	1.67	60.25	1.02	37.26	(V = .362)	
ไม่เพียงพอ	20.5	24.68	12.46	42.36		
การผ่านการอบรมฯ					22.134*	0.016
เคยผ่านการอบรม	63.23	24.12	5.53	7.12	(V = .462)	
ไม่เคยผ่านการอบรม	5.31	6.32	16.23	72.14		

*p < .05

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล พบว่า ระดับการศึกษา แหล่งรายได้ของตนเอง ความเพียงพอของรายได้ และการผ่านการอบรมในหลักสูตรเน้นการฝึกปฏิบัติ แนวเดียวกับหลักสูตรเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ซึ่งจากการทดสอบความสัมพันธ์ Chi Square มีค่าเท่ากับ (0.016, 0.034, 0.027 และ 0.016) ซึ่งมีความน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การสนทนากลุ่ม โดยนำคำตอบที่ได้จากคำถามปลายเปิด เพื่อเป็นการนำข้อมูลเชิงคุณภาพบูรณาการเชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีผลการศึกษากับความวิตกกังวล ดังนี้

1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติก่อนที่จะเข้าศึกษา

1.1 ส่งผลต่อการลดความวิตกกังวล ในการวางแผน การเตรียมสภาพร่างกาย วางแผนชีวิตประจำวัน ในช่วงการเรียน “การรับรู้ข้อมูลสำหรับการเรียน และการฝึก ร่างกาย มีประโยชน์อย่างมากในการวางแผน เตรียมตัว เตรียมใจ สำหรับการฝึกในส่วนของการวิชาการ และร่างกาย จะสามารถจัดการเวลาที่มีอยู่ จัดการเวลาการวางแผนสำหรับวันต่อไป” (นาย ก. ครั้งที่ 1, การสนทนากลุ่ม, 3 สิงหาคม 2566)

1.2 ทำให้ความวิตกกังวลมากขึ้น หลายครั้งที่ทราบอะไรก่อน ถึงแม้ว่าจะต้องเตรียมตัวอย่างไร ก็ทำให้ยังเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น “ในส่วนของ การทดสอบด้านร่างกาย ควรบอกข้อมูลเกี่ยวกับการฝึก เพื่อให้มีการเตรียมร่างกาย แต่ในส่วนของการทดสอบด้านจิตใจ ไม่ควรบอกข้อมูลจะทำให้คิดมาก” (นาย ข. ครั้งที่ 1, การสนทนากลุ่ม, 3 สิงหาคม 2566)

1.3 ไม่ส่งผลอะไรเลย “ไม่มีความวิตกกังวลอะไร เพราะก่อนที่จะเข้ามาเรียนได้ไปหาข้อมูลจากพี่ ๆ ที่จบไปแล้ว สอบถามข้อมูลให้มาก ๆ ถึงแม้บางอย่างจะไม่จริง หรือไม่เหมือนที่หาข้อมูลมาก่อนนั้น ก็คือ เส้นโค้งของหลักสูตร หรือวิธีการสอนของครูในหลักสูตร” (นาย ค. ครั้งที่ 1, การสนทนากลุ่ม, 3 สิงหาคม 2566)

2. มีวิธีการจัดการกับความวิตกกังวล

2.1 พักผ่อน ให้มาก

2.2 คุยกับคนในครอบครัว “พักผ่อน โทรคุยกับคนในครอบครัวก่อนนอน ได้กำลังใจจากครอบครัว โทรคุยกับแฟน คอลคุยกัน เห็นหน้ากัน และรีบพักผ่อน” (นาย ก และนาย ค. ครั้งที่ 2., การสนทนากลุ่ม, 3 สิงหาคม 2566) “การนอน การเล่นโทรศัพท์ คุยกับเพื่อนร่วมฝึก คุยกับคนใน

ครอบครัว โดยการพูดคุยปรึกษากับคนที่สนิท และไว้วางใจมากที่สุด” (นาย ง. ครั้งที่ 1 นาย ก. ครั้งที่ 2., การสนทนากลุ่ม, 3 สิงหาคม 2566) “นอนให้มาก แต่จะล้ามากกว่า บางทีก็นอนไม่หลับ ก็บริหารจัดการตัวเองเมื่อว่าง” (นาย จ. ครั้งที่ 1 การสนทนากลุ่ม, 3 สิงหาคม 2566)

การสนทนากลุ่ม ทำให้คำตอบในส่วนของการสนทนากลุ่มช่วยให้เห็น ความชัดเจน ของพฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวล และการจัดการความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ในผู้เรียนที่มีครอบครัวจะสามารถปรึกษา พูดคุยกับคนในครอบครัวของตนเอง ผู้ที่ไม่มีครอบครัวจะพูดคุยกับเพื่อนสนิทหรือรุ่นพี่ที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรนี้ การพักผ่อน เป็นวิธีการวิตกกังวลที่ดีที่สุด ของผู้เรียนในหลักสูตรนี้

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความวิตกกังวล พบว่า ภาพรวมของความวิตกกังวล นักเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ อยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษามหาวิทยาลัยธนบุรี พบว่า นักศึกษามีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง¹¹ แต่ก็มีบางสถานการณ์ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว จะทำให้ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นลดลง และในส่วนรายบุคคล พบว่า มีระดับความวิตกกังวลมากที่สุด และเล็กน้อยเท่ากัน คือ 8 คน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล พบว่า ระดับการศึกษา แหล่งรายได้ของตนเอง ความเพียงพอของรายได้ และการผ่านการอบรมในหลักสูตรเน้นการฝึกปฏิบัติ แนวเดียวกับหลักสูตรเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่า เมื่อผู้เรียนที่มีระดับการศึกษาที่สูง จะมีความวิตกกังวลที่ลดลง เมื่อเทียบกับระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า¹⁰ และในส่วนของการแหล่งรายได้ของตนเอง และความเพียงพอของรายได้ จากการเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ใต้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติภาคทฤษฎี สามารถเกิดการบาดเจ็บขณะการเตรียมความพร้อมได้ตลอดเวลา ซึ่งทำให้เกิดความจำเป็นในการมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการดูแลตนเองถึงแม้ว่าการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจะได้รับการรักษาในรพ.ต้นสังกัด แต่มีความจำเป็นที่จะต้องมีการฟื้นฟูตนเอง เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาระดับของปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน และความวิตกกังวลของนักศึกษา¹²

ซึ่งในส่วนของความเพียงพอของรายได้ และด้านประวัติดูแลหลัง
ส่งผลต่อความวิตกกังวลของนักเรียนหลักสูตรเทคนิค เวชศาสตร์
ได้น้ำ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุจากผู้เรียนไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับ
หลักสูตร ความสามารถที่คิดว่าไม่ตรงกับทักษะในการฝึกปฏิบัติ
หรือไม่เคยประสบการณ์ในการฝึกมาก่อน และพบว่า
ประสบการณ์ คือสิ่งที่สำคัญ เมื่อมีประสบการณ์ที่เคยผ่าน
การฝึกฝนในกิจกรรมนั้น ๆ แล้ว จะทำให้เกิดความวิตกกังวล
ที่ลดลงหรือเพิ่มมากขึ้นได้

3. วิถีลดความวิตกกังวล พบว่า หากมีการได้รับ
ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนหรือการฝึกปฏิบัติก่อนฝึกจริงใน
ภาคสนาม ช่วยให้เกิดการเตรียมความพร้อมทางร่างกาย และ
การเตรียมตัวในการเรียนการสอน จากความวิตกกังวลในส่วน
ของภาคทฤษฎี ส่งผลต่อการนอนหลับ อีกรวมพบพบว่า
ข้อมูลที่ได้รับจากรุ่นพี่ที่ส่งต่อจะไม่เหมือนกัน ถือว่าเป็นเสน่ห์
และความท้าทายของหลักสูตร เมื่อเกิดความวิตกกังวล
หากเกิดจากการบาดเจ็บทางร่างกายจากการฝึก พักผ่อนให้
เพียงพอ หากเป็นทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้น จะมีอาจารย์หลายท่าน
สนับสนุน สำคัญที่สุด คือ เพื่อนในรุ่น และครอบครัว ซึ่ง
สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาวิถีลดความวิตกกังวล พบว่า
วิธีที่ช่วยลดความวิตกกังวลได้ดีที่สุด¹³ คือ การลดลดความวิตก
ในด้านจิตใจ การพักผ่อน การได้พูดคุยกับบุคคลที่ไวใจ
การทำสิ่งที่ตนเองชอบ ซึ่งจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้เรียนมี
กลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน ที่สำคัญที่สุด คือ
การพักผ่อน ให้อารมณ์ได้ลดความเหนื่อยล้า จากความคิดที่ใช้
ในเรียนภาคทฤษฎี และการฝึกในภาคปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 ทำการศึกษาความวิตกกังวล 3 ระยะ
ก่อนการเรียน ระหว่างการเรียน และสัปดาห์สุดท้ายของ
การเรียน เพื่อนำข้อมูลที่ได้เปรียบเทียบกับระดับความวิตกกังวล
และออกแบบการจัดการเรียนการสอนใน แต่ละช่วงเวลาได้
เหมาะสม

1.2 ให้มีกิจกรรมละลายพฤติกรรม โดยให้ผู้
ที่เคยผ่านการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่คล้ายกัน มาสร้างแรง
บันดาลใจ ในการเรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์ได้น้ำ
สำหรับเพื่อนที่ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เพิ่มตัวแปรเรื่องของ กรอบแนวคิดแบบ

เติบโต (Growth mindset) หรือทักษะความยืดหยุ่นทางจิตใจ
(Resilience skill) กับความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลของ
ผู้เรียนในหลักสูตร

2.2 ทำการประเมินความต้องการจำเป็น
การพัฒนาสมรรถนะผู้เรียนหลักสูตรเทคนิคเวชศาสตร์
ได้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำ
หลักสูตรสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์
ทางด้านเวชศาสตร์ได้น้ำ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ
ผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ได้น้ำและการบิน กรมแพทย์ทหาร
เรือ ผู้ดูแลหลักสูตร ผู้สอน และนักเรียนหลักสูตรเทคนิค
เวชศาสตร์ได้น้ำ กรมแพทย์ทหารเรือ ที่ให้ความร่วมมือในการ
ประสานงาน และให้ข้อมูล และขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาล
กองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ ที่ให้ทุน
สนับสนุนการวิจัย

References

1. Chaiyakul T. (editors). Underwater Medicine. 1st
ed. Pimluck press, 2022.
2. Tongsaewang K. The Relationships between the
Personal Factors, Stress, Emotional Intelligence
and Academic Achievement of the Students
at Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat
University. Journal of The Royal Thai Army
Nurses. 2017; 18(2): 91-100. (in Thai)
3. Boontod R, Sawangsuk P, Seangkum S. Cause
and stress management of Faculty of
Public Health students of Chulermkanchana
University (Sisaket). Chulermkarnchana
Academic Journal. 2016; 3(2): 77-85. (in Thai)
4. Spielberger, C. D. Anxiety: current trends in
theory and research. Oxford, England:
Academic Press. 1972.
5. Hirunbut N, Teerarungsikul N. Factors related to
Separation Anxiety among Preschool Children
in Child Care Center, Chanthaburi Province.
Journal of Nursing Science Chulalongkorn
University. 2018; 30(3): 91-102. (in Thai)

6. Sihawong, S., et al. Factors Causing to Stress of Nursing Students, Ubon Ratchathani University. Huachiew Chalermprakiet University Journal of health Science. 2018; 21(42): 93 –106. (in Thai)
7. Tantanukul S., Wongsawat P. Stress and Stress Management in Nursing Students. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2017; 9(1): 81-92. (in Thai)
8. Chaleoykitti S, Chewsothon S, Butpunya Y. Effectiveness of the integrated academic service and teaching- learning arrangement in psychiatric nursing practicum course to psychiatric nursing practice competency in army nurse. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017; 18(3): 144-52. (in Thai)
9. Spielberger, C. D Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. (1983.).
10. Wongsritrakoon P. Stress and Anxiety of Thonburi University Students. Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University. 2011; 5(9): 23-32. (in Thai)
11. Thamnamsin K, Noitung S, Punyapet K, Sorat W, Factors Affecting to Stress among Nursing Students in a Private Nursing College, Bangkok. Journal of Health and Health Management. 2021; 7(1): 66-75. (in Thai)
12. Taweeapol R, Phasunon P. The Affecting Factors on Students' Anxiety in Majoring Hotel Management, Silpakorn University. Thai Science and technology Journal. 2015; 9(11): 721-30. (in Thai)
13. Sonthirak T, Boonchanda P, SLertpatiwong S, Lakhamja R, Rawengwan W. Factors Affecting to Anxieties in English Speaking of the Second Year English Major Students of Faculty of Humanities and Social Sciences at Nakhon Sawan Rajabhat University. Journal of the University of Humanities Department of Psychology. 2021; 7(2): 81-94. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลต่อความรู้และความ สามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

The Effects of an Enhancing Self-Efficacy Program of Caregivers on Knowledge and Caring Capabilities for Patients at Risk of Pressure Ulcers

ชมัยพร เชื้อนกแก้ว¹ ศุภวรรณ ใจบุญ*² ดวงรัตน์ กวีนันทชัย³

Chamaiporn Khueankaew¹ Supawan Jaiboon*² Duangrat Kaveenuntachai³

¹โรงพยาบาลฝาง เชียงใหม่, ประเทศไทย 50110

¹Fang Hospital Chiangmai, Thailand 50110

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่, ประเทศไทย 50290

²Nursing, Faculty of Nursing, Maejo University, Chiangmai, Thailand 50290

³คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10300

³Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University Bangkok, Thailand 10300

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างคือ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะ เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะ 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล และ 4) แบบประเมินแผลกดทับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล สามารถเพิ่มความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล, ความรู้และความสามารถในการดูแล, ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแผลกดทับ

Abstract

This one-group, pretest-posttest quasi-experimental research aimed to examine the effects of an enhancing self-efficacy program for caregivers of at-risk pressure ulcer patients. The sample group comprised 27 caregivers who purposively selected and received the program. Research tools were 1) an enhancing self-efficacy program, 2) knowledge and capabilities assessment questionnaires for caregivers, 3) capabilities assessment questionnaires for caregivers, and 4) a pressure ulcer assessment tool. Data were analyzed using descriptive and repeated measures analysis of variance.

Corresponding Author: *e-mail: sup.jaiboon@gmail.com

วันที่รับ (received) 10 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 01 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 ก.ค. 2567

The results revealed that the average scores of knowledge and ability in caring for at-risk pressure ulcer patients increased significantly after receiving the program (p -value < .001). The incidence of pressure ulcers among high-risk patients decreased after receiving the program compared to before, but this difference was not statistically significant. These findings demonstrate that the enhancing self-efficacy program effectively enhances caregivers' knowledge and capabilities to care for at-risk pressure ulcer patients.

Keywords: Enhancing Self-Efficacy Program, Knowledge and capability in caregiving, Patients at risk of pressure ulcers

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว และพบบ่อยในผู้ที่มีอายุ 60-80 ปี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทำให้มีความแข็งแรงของผิวหนังลดลง^{1,2} จากการศึกษาในสถานบริการระยะยาว (long term care) พบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ (standard care) ร้อยละ 21.80³ สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งพบการเกิดอุบัติการณ์แผลกดทับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 3 และวันที่ 7 ร้อยละ 20¹

สำหรับความชุกของการเกิดแผลกดทับพบแผลกดทับ ระดับ 1 และ 2 มากที่สุด โดยพบความชุกของการเกิดแผลกดทับในแผนกศัลยกรรมกระดูกมากที่สุด⁴ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูก มักเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย การเกิดแผลกดทับก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความปวด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การติดเชื้อในกระแสเลือด และทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด ส่วนด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า จากการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำงานได้ ขาดรายได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นต้น^{5,6} ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย⁷

ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังนั้นการให้สมาชิกในครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย และลดผลกระทบต่อนักวิชาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁸ อย่างไรก็ตามการป้องกันการเกิดแผลกดทับนั้นมีความซับซ้อนและมีรายละเอียดมาก ผู้ดูแลจึงควรได้รับการฝึกฝนทักษะการดูแลจนเกิดความชำนาญ

และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยคือการได้รับความรู้ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลด้านต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีเท่าที่ควร¹⁰ อาจเนื่องจากการไม่ได้รับการอบรมหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ การพ้องความรู้และทักษะไม่เพียงพอแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อผู้ดูแลด้วยเช่นกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้า (burden) เปื้อน่าย ท้อถอย¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹² เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดได้บุคคลนั้นก็ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ นอกจากนี้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลได้ จากการศึกษา¹⁴ พบว่าคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดเจ็บทางสมองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

โรงพยาบาลผางเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก พบอัตราการเกิดแผลกดทับในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1.09, 0.76, และ 0.84 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 3.21, 2.89, และ

2.97 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ¹⁵ เป้าหมายอัตรา
การเกิดแผลกดทับของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลผา
และตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัด
ระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator
Program :THIP)¹⁶ กำหนดไว้คือ < 3 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน
ของกลุ่มเสี่ยง ซึ่งภาพรวมมีแนวโน้มเกือบเกินเป้าหมายในทุกปี
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสร้าง
เสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ
เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล ด้านความรู้และด้าน
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ
และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
ที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลใน
การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังได้
รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแล
ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรม
3. เพื่อศึกษาการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมมากกว่า
ก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรม
มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่า
ก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน (Self - efficacy theory)¹² ประกอบด้วย
1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและ

อารมณ์ (Physiological and affective state) โดยการสร้าง
สัมพันธ์กับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและพร้อมต่อ
การเรียนรู้ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น
(Vicarious experiences) โดยการให้คำแนะนำ ร่วมกับการได้
เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับความหมาย
กลไกการเกิดแผลกดทับ ระดับความรุนแรงแผลกดทับ
การป้องกันแผลกดทับ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
(Mastery experience) โดยผู้วิจัยทำการสาธิตเกี่ยวกับการ
การดูแลผิวหนัง การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่อง
โภชนาการ และการประเมินสภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก
และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และ
4) การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal persuasion) ผู้วิจัยเปิด
โอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งทบทวนเนื้อหา และ
สาธิต ในกิจกรรมที่ผู้ดูแลยังไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลฝึก
ปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจว่าสามารถทำได้ รวมทั้งกล่าวชมเชย
ให้กำลังใจผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - ex-
perimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการ
ทดลอง (pretest - posttest control group design) กลุ่ม
ตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่เข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลผา จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน
มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2567 กำหนดขนาดตัวอย่างจาก
โปรแกรม G power version 3.1.9.7 โดยกำหนดระดับนัย
สำคัญ $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ 0.80 และกำหนดค่าขนาด
ของผล effect size f เท่ากับ 0.25 (medium effect size)¹⁷
ได้จำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 24 คน ทั้งนี้ได้ปรับเพิ่ม
ขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการขาดหายไปจากโครงการวิจัย
(follow-up rate) ร้อยละ 10 จากการคำนวณด้วยสูตรคำนวณ
ปรับขนาดตัวอย่าง ($n_{new} = 24 / (1 - 0.10)$) ได้จำนวนตัวอย่าง
จำนวน 27 คน โดยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การ
เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)
ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็น
ผู้ดูแลหลัก 3) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้รู้เรื่องและ
เข้าใจ 4) หากมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปต้องได้รับการประเมิน
Mental State Examination T10: MSET10¹⁸ โดยมีระดับ
คะแนน 14 - 22 คะแนน เกณฑ์คัดออก 1) มีโรคประจำตัวอยู่

ในภาวะรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหอบหืด

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1.แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ดูแลและผู้ป่วย 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย และ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mental State Examination T10: MSET10)¹⁸ ใช้สำหรับผู้ดูแลที่อายุเกิน 60 ปี เพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม 2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)¹⁹ (สำหรับผู้ป่วย) 3) แบบประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ (Braden scale)²⁰ (สำหรับผู้ป่วย)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory)¹² กิจกรรมประกอบด้วย ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการประเมินปัญหาสุขภาพ ความเครียดและการให้คำแนะนำวิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งหากพบว่าผู้ดูแลมีปัญหา ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยกัน 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น บรรยายความรู้โดยผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่อง ความหมาย กลไกการเกิดแผลกดทับ ระดับความรุนแรงแผลกดทับ การป้องกันแผลกดทับ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ของสภาการพยาบาล²¹ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยทำการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในเรื่อง การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การดูแลผิวหนัง การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องโภชนาการ และการประเมินสภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน และ 4) การใช้คำพูดชักจูง โดยการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้แจกแบบบันทึกตารางกำหนดการพลิกตะแคงตัว และแบบแสดงตำแหน่งของการเกิดแผลกดทับที่พบได้บ่อยให้กับผู้ดูแล เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมในวันที 7 หลังจำหน่ายผ่านช่องทาง Line Application และในวันที่ 14 หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามอาการของผู้ป่วย โดยการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care Center:

COC) และเมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลที่โรงพยาบาล (21 วัน หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลประเมินผลลัพธ์ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติตามโปรแกรม และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับปรุงจากแบบวัดความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในงานวิจัยก่อนหน้านี้⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน คือ การดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การเตรียมและการให้อาหาร การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว และการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบถูกผิด คะแนนรวม 0- 25 คะแนน 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบวัดความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในงานวิจัยก่อนหน้านี้⁹ ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ 4 ด้าน คือ การดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การเตรียมและการให้อาหาร และการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนนรวม 20 – 100 คะแนน 4) แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระดับ ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)²²

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะ แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล และแบบประเมินแผลกดทับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97, .98, .96, และ 1.0 ตามลำดับ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่มีคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72 และ .78 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย

2. ผู้วิจัยประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแล และประเมินผลกดทับของผู้ป่วยในวันแรกก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (T0)

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล โดยเริ่มให้โปรแกรมตั้งแต่ 3 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้วิจัยจนเกิดความชำนาญ

4. วันที่ 7 หลังจำหน่าย ผู้วิจัยทำการติดตามเยี่ยมผ่านช่องทาง Line Application รวมทั้งประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแล (T1)

5. วันที่ 14 หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างร่วมกับหน่วยงาน COC เพื่อประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแล (T2) และประเมินการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย (T1)

6. วันที่ 21 หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล (ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล) ผู้วิจัยประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแล (T3) ประเมินผลกดทับของผู้ป่วย (T2) และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลฝาง เลขที่ 16/2566 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในการดำเนินการวิจัยโดยชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผย ชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาดังสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

2. การเปรียบเทียบความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7, 14, 21 วัน หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธีบอนเฟอรอนี (Bonferroni)

3. การวิเคราะห์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7, 14, 21 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมด้วยการทดสอบของแมคเนียร์ (McNemar's test)

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 49.37 ± 10.98 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.90 ทั้งหมดมีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6076.92 ± 2394.55 บาท และส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 66.70 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับมีอายุเฉลี่ย 73.00 ± 11.16 ปี และเป็นหญิง ร้อยละ 59.30

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับมีผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index; ADL) เฉลี่ย 3.56 ± 2.38 คะแนน โดยส่วนมากมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน) ร้อยละ 59.30 และผลการประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ (Braden scale) เฉลี่ย 10.96 ± 1.19 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 85.20

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแล

	M	SD	Mean difference (95%CI)	p-value†
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ				
ก่อนได้รับโปรแกรม (T1)	20.22	1.45	Reference	
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 หลังจำหน่าย (T2)	23.04	1.02	2.82 (1.98, 3.65)	<.001*
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 14 หลังจำหน่าย (T3)	24.22	0.70	4.00 (3.21, 4.79)	<.001*
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 21 หลังจำหน่าย (T4)	24.56	0.64	4.33 (3.49, 5.18)	<.001*
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ				
ก่อนได้รับโปรแกรม (T1)	67.81	9.93	Reference	
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 หลังจำหน่าย (T2)	82.11	7.49	14.30 (11.19, 17.40)	<.001*
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 14 หลังจำหน่าย (T3)	89.96	5.98	22.15 (18.26, 26.03)	<.001*
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 21 หลังจำหน่าย (T4)	95.52	3.37	27.70 (23.12, 32.28)	<.001*

†Bonferroni test * Significant at p-value < .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับรายคู่พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 2.82 คะแนน (95%CI: 1.98, 3.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) วันที่ 14 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 4.00 คะแนน (95%CI: 3.21, 4.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) และวันที่ 21 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 4.33 คะแนน (95%CI: 3.49, 5.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับโดยรวมรายคู่พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 14.30 คะแนน (95%CI: 11.19, 17.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) วันที่ 14 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 22.15 คะแนน (95%CI: 18.26, 26.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) และวันที่ 21 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 27.70 คะแนน (95%CI: 23.12, 32.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ (n = 27)

	ก่อนได้รับโปรแกรม (T1)		หลังได้รับโปรแกรม วันที่ 14 หลังจำหน่าย(T2)		หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 21 หลังจำหน่าย (T3)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ	9	(33.3)	9	(33.3)	6	(22.2)
p-value†	1.000	0.250				
ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ						
ระดับ 1	3	(11.1)	3	(11.1)	0	(0.0)
ระดับ 2	5	(18.5)	5	(18.5)	4	(14.8)
ระดับ 3	1	(3.7)	1	(3.7)	2	(7.4)
ตำแหน่งของแผลกดทับ						
ก้นกบ	-		8	(29.6)	6	(22.2)
สะโพก	-		1	(3.7)	0	(0.0)
ไหล่	-		1	(3.7)	0	(0.0)
ขนาดของแผลกดทับ (cm2), Mean ± SD	-		10.17 ± 5.09	6.79 ± 3.24		

Data are presented as number (%), mean ± standard deviation or median (interquartile range).

†P-value corresponds to McNemar test.

การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับมีแผลกดทับก่อนได้รับโปรแกรม ร้อยละ 33.30 โดยส่วนมากมีความรุนแรงของแผลกดทับอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 18.50 การเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 14 หลังจำหน่าย ร้อยละ 33.30 (p -value = 1.000) โดยส่วนมากมีความรุนแรงของแผลกดทับอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 18.50 ตำแหน่งของแผลกดทับที่บริเวณก้นกบ ร้อยละ 29.60 และขนาดของแผลกดทับเฉลี่ย $10.17 \pm 5.09 \text{ cm}^2$ และการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 21 หลังจำหน่าย ร้อยละ 22.20 (p -value = .250) ส่วนมากมีความรุนแรงของแผลกดทับอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 14.80 ตำแหน่งของแผลกดทับที่บริเวณก้นกบ ร้อยละ 22.20 และขนาดของแผลกดทับเฉลี่ย $6.79 \pm 3.24 \text{ cm}^2$ โดยการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ หลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลได้รับความรู้ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับผ่านการใช้สื่อวีดิทัศน์ของสภากาชาด²¹ ซึ่งการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้คุณภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนดีขึ้น สามารถจำได้มากและนานขึ้น ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ อีกทั้งยังสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองในระยะเวลาไหนก็ได้ จึงเกิดความสะดวกและช่วยลดปัญหาด้านระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้²³⁻²⁴ สอดคล้องกับการศึกษา²³ พบว่าผู้ป่วยโรคไตเสื่อมมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังได้รับการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับการติดตามเยี่ยมจากผู้วิจัยผ่าน Line Application และการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทำให้ผู้ดูแลสามารถซักถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้คะแนนความรู้ของผู้ดูแลมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมที่เป็นการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแล

ผ่านแหล่งสนับสนุน 4 ด้าน¹² ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการประเมินปัญหาสุขภาพ ความเครียดและการให้คำแนะนำวิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแล 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับผ่านสื่อวีดิทัศน์²¹ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยได้ทำการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และ 4) การใช้คำพูดชักจูงด้วยคำพูด ในระหว่างที่เข้ารับโปรแกรมผู้วิจัยได้มีการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ มีความเชื่อมั่นว่าสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ และสามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้จากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้านจึงทำให้คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลยังได้รับแบบบันทึกตารางกำหนดการพลิกตะแคงตัว และแบบแสดงตำแหน่งของการเกิดแผลกดทับที่พบได้บ่อยเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งการพลิกตะแคงตัวตามตารางที่กำหนดไว้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้มากกว่าไม่มีตารางกำหนดเวลา²⁵ รวมทั้งมีการติดตาม ให้คำแนะนำ และร่วมแก้ไขปัญหากับผู้ดูแลในระยะแรกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผ่านช่องทาง Line Application และการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ซึ่งนับเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา สามารถส่งเสริมความมั่นใจและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้¹ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ให้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการติดตามผู้ดูแลทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่สมองบาดเจ็บรุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้านเพิ่มขึ้น และลดการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ¹⁴ และการให้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม²⁶ ดังนั้น การให้ความรู้และส่งเสริม

สมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ดูแล ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากผู้ป่วยใน การศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งคะแนนความเสี่ยงแผลกดทับ (Braden scale) สามารถ ทำนายการเกิดแผลกดทับได้²⁷ อีกทั้งระยะเวลาติดตามในการ ศึกษาครั้งนี้เพียง 3 สัปดาห์ ทำให้มีข้อจำกัดในการประเมิน เกี่ยวกับการหายของแผลกดทับ ซึ่งระยะเวลาการหายของ แผลกดทับขึ้นอยู่กับระดับของแผลกดทับ โดยพบว่าแผลกดทับ ระดับ 1 จะใช้เวลาในการหายประมาณ 1 เดือน แผลกดทับ ระดับ 3 และ 4 ใช้เวลาในการหายของแผลเฉลี่ยประมาณ 8 เดือน²⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยที่มีแผล กดทับส่วนใหญ่มีแผลกดทับที่ระดับ 2 ดังนั้นระยะเวลาในการ ประเมินเกี่ยวกับการหายของแผลกดทับอาจมากกว่า 1 เดือน จึงส่งผลให้อัตราอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยก่อน และหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ดังนั้น พยาบาลจึงควร ให้ความสำคัญกับการติดตามการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการสร้างเสริม สมรรถนะสำหรับผู้ดูแลสามารถเพิ่มความรู้ ความสามารถของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ ดังนั้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลใน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล เช่น การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจและทาง เติ้นปัสสาวะในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมถึงนำไปพัฒนาเป็น แนวทางปฏิบัติสำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับภายหลังจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะสำหรับผู้ดูแล ในการป้องกันแผลกดทับ ใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยเพียง 3 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับลดลงแต่ไม่มากพอ จึงควรมีการศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ

เปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ โปรแกรมในระยะยาว

References

1. Mayi N, Vachprasit R, Sae-Sia W. The effect of self-Efficacy promoting program on perceived self-Efficacy and behaviors in prevention of pressure injury among caregivers and incidence of pressure Injury in dependent patients. *Journal of Health and Nursing Research*. 2021; 37(3): 89-104.
2. Bhattacharya S, Mishra RK. Pressure ulcers: Current understanding and newer modalities of treatment. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2015;48(1):4-16.
3. Stone A. Preventing Pressure injuries in nursing home residents using a low-profile alternating pressure overlay: A point-of-care trial. *Advance in Skin & Wound Care*. 2020;33(10):533-9.
4. Afzali Borojeny L, Albatineh AN, Hasanpour Dehkordi A, Ghanei Gheshlagh R. The incidence of pressure ulcers and its associations in different wards of the hospital: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine*. 2020;11:1-7.
5. Olsson M, Järbrink K, Divakar U, Bajpai R, Upton Z, Schmidtchen A, Car J. The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. *Wound Repair Regen*. 2019;27(1):114-25.
6. Senmar M., Azimian J., Rafiei H., Habibollahpour M., & Yousefi F. The incidence of pressure ulcer in old patients undergoing open heart surgery and the relevant factors. *Journal of Preventive Epidemiology*. 2017; 2(2): 1-7

7. Roussou E, Fasoï G, Stavropoulou A, Kelesi M, Vasilopoulos G, Gerogianni G, Alikari V. Quality of life of patients with pressure ulcers: a systematic review. *Medicine and Pharmacy Reports*. 2023;96(2):123-30.
8. Usahapiriyakul S, Changmai S, Leehalakul V. The effects of caring program on caregiver's operational capabilities of pressure ulcer prevention in dependent older patients at risk group. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2019; 27(4): 21-31
9. Pitthayapong S. Situations, Problems, and Barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2018 ; 11(2): 27-39.
10. Farzan R, Yarali M, Mollaei A, et al. A systematic review of caregivers' knowledge and related factors towards pressure ulcer prevention. *International Wound Journal*. 2023; 20(8): 3362-70.
11. Ramos P, Borges C, Azevedo I, Almeida P, Soares A, Alves P, Magalhães A. Burden of informal caregivers of patients with pressure ulcers in a primary care setting. *Journal of Wound Care*. 2022;31(10):864-71.
12. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
13. Jamkrajang T, Boonchun N, Mala J. The effectiveness of the self-efficacy and social support enhancement program on medication adherence and blood pressure among hypertensive elderly in community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18 (special issues): 270-9. (in Thai)
14. Rooplor S, Leethong-in M, Piyawattanapong S. Effects of the self-efficacy enhancing program on the practice behavior of caregivers for the older patients with mild traumatic brain injury after discharge and post-concussion syndrome. *Srinagarind Medical Journal*. 2021; 36(5): 617-24. (in Thai)
15. Information Technology Department, Fang Hospital. Data Report. HosXp. 2023. (in Thai)
16. The Healthcare Accreditation Institute. THIP Benchmark KPI Dictionary 2023. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute; 2022. (in Thai)
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nded. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Prasert Boongird. Mental State Examination T10 (MSET10). President massage 10th. The Dementia Association of Thailand. 2018; 10 (special issue): 1-4. (in Thai)
19. The Committee for Developing Screening and Assessment Tools for the Health of the Elderly. Guidelines for screening and assessing the health of the elderly BE 2021 AD. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
20. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing Journal*. 1987;12(1):8-12.
21. Sindhu S, Konggumnerd R, Noonin N, Fukfon K, Santwanpas N, Adunwatanasiri P, et al. A development of primary healthcare model for the elderly in new normal society: A proposed policy for healthcare reform. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)

22. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system: Revised pressure injury staging system. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2016;43(6):585-97.
23. Rattana J, Phusirit T. Developing a Self- Direct learning video media for chronic kidney patients in Nong Khai Hospital. *Journal of Education Technology and Communications Faculty of Education Mahasarakham University*. 2020;3(9):54-61. (in Thai)
24. Namboonruang T, Thiraphongsawat K, Deeankong L, Sarin A. Development of video media for professional nurses to prevent and control the occurrence of Down syndrome in pregnant women in Health Area 7 under the COVID-19 situation. *Mahasarakham Hospital Journal*. 2024;21(1):95-108.
25. Tayyib N, Coyer F. Effectiveness of pressure ulcer prevention strategies for adult patients in intensive care units: A Systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016;13(6):432-44.
26. Chiaprasert S, Sakunhongsoophon S, Terathongkum S. Effects of pressure sore prevention program on knowledge and self-Efficacy of family caregivers in decreasing pressure sore risk of persons with cerebrovascular disease. *The Bangkok Medical Journal*. 2019;15(1):51-6. (in Thai)
27. Sinsupang S, Sorahong S, Nuchsongdee S. Factors affecting pressure injury in general ward at Danchang Hospital:Retrospective case control study. *Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University*. 2023; 2(2): 87-99. (in Thai)
28. Guest JF, Fuller GW, Vowden P, Vowden KR. Cohort study evaluating pressure ulcer management in clinical practice in the UK following initial presentation in the community: costs and outcomes. *British Medical Journal Open*. 2018;8(7):e021769.

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีระดับสายตาเลือนราง

The Relationship between Social Support, Anxiety, Adaptation, and Life Quality of The Elderly People with Low Vision

พรทิพย์ สินประเสริฐ* วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ นาริรัตน์ จิตรมนตรี สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์

Porntip Sinprasert* Virapun Wirojratana Narirat Jitramontree Suchada Pattaramongkolrit

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkoknoi Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 164 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัวต่อความพิการทางการเห็น และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การปรับตัวต่อความพิการทางการมองเห็น และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 121.59$, S.D. = 7.77, $\bar{X} = 21.93$, S.D. = 6.59 และ $\bar{X} = 39.84$, S.D. = 9.28 ตามลำดับ) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยหรือไม่มี ($\bar{X} = 6.07$, S.D. = 2.46) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .240$, $p < .01$ และ $r_s = .359$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนการปรับตัวต่อความพิการทางการเห็นไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.141$, $p < 0.01$) จากผลการศึกษา พยาบาลและทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและลดความวิตกกังวล เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุสายตาเลือนราง, การสนับสนุนทางสังคม, ความวิตกกังวล, การปรับตัว, คุณภาพชีวิต

Abstract

This correlational descriptive research to studied correlations between social support, anxiety, adaptation, and life quality of the elderly people with low vision. The samples consisted of 164 elderly people with low vision, Mueang district in Ratchaburi province. which was chosen through purposive sampling, The tool used as questionnaire personal characteristic form, the social support questionnaire, the anxiety

Corresponding Author: *E-mail: pt.sinprasert@gmail.com

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 7 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 มิ.ย. 2567

questionnaire, the adaptation to Age-Related Vision Loss (AVL-12) and Elderly Low Vision Quality of Life Questionnaire (ELVQOL). The data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

The results showed that had social support, adaptation with defect visibility and life quality of the elderly people with low vision at a high level with ($\bar{X}$ = 121.59, S.D. = 7.77, $\bar{X}$ = 21.93, S.D. = 6.59 and $\bar{X}$ = 39.84, S.D. = 9.28, respectively), Anxiety is low level or no anxiety ($\bar{X}$ = 6.07, S.D. = 2.46). Analysis of the relationship showed that social support and anxiety have positive relationship with life quality of the elderly people with low vision in low level with statistical significance (r_s = .240, p < .01 and r_s = .359, p < .01, respectively). Adaptation with visual disability found that no relationship with life quality of the elderly people with low vision (r_s = -.141, p < .01). The study findings indicate that nurses and health care teams should focus on promoting social support and providing activities to which reduce anxiety develop quality life of among elderly people with low vision.

Keywords: The Elderly People with Low Vision, Social Support, Anxiety, Adaptation, Life Quality

บทนำ

วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมลง การมองเห็นมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงของม่านตาลดลง แก้วตาแข็งยืดหยุ่นลดลงและมีสีเหลืองมากขึ้นทำให้ขุ่นมัว ความไวในการมองตามภาพลดลง ลานสายตาแคบลง¹ ส่งผลให้เกิดภาวะสายตาเลือนราง ซึ่งหมายถึงความบกพร่องของการมองเห็นหลังจากได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างครบถ้วนแล้วการมองเห็นไม่ดีขึ้นแม้จะแก้ไขด้วยแว่นสายตา โดยองค์การอนามัยโลกได้นิยามเกี่ยวกับสายตาพิการหรือสายตาเลือนราง (Low vision) คือ สายตาข้างที่ดีที่สุดเมื่อใช้แว่นธรรมดาโดยไม่รวมถึงเครื่องช่วยสายตาพิเศษแล้วทดสอบระดับสายตา (Visual Acuity: VA) ด้วยแผ่น Snellen Chart จากระยะทางเป็นเมตรต่อระยะภาพ พบผลน้อยกว่า 6/18 ลงไปจนถึง 3/60 หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา ไปจนถึง 10 องศา ซึ่งผลการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพิการทางการมองเห็นร้อยละ 12.3 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผลการสำรวจสภาวะสายตาเลือนรางในประเทศไทยปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่าความชุกของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นมีจำนวนทั้งหมด 1,837,728 คน และเป็นผู้สูงอายุที่มีสายตาเลือนรางจำนวน 1,225,189 คน การมองเห็นที่ลดลงมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าตามมา และมีผลต่อบทบาททางสังคมที่ลดลงตามความรุนแรงของความบกพร่องทางการมองเห็น มีผลต่อ

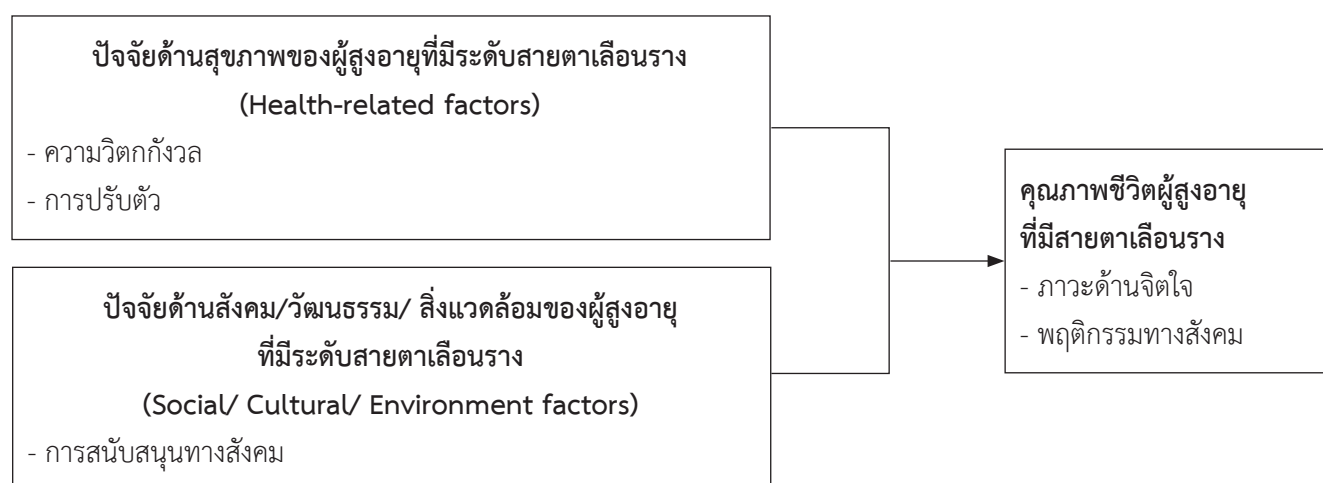
การปรับตัวในการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แม้ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาโรคทางจักษุวิทยามีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก รวมถึงนโยบายภาครัฐที่ให้ความสำคัญ มีการออกกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ รวมถึงสิทธิประโยชน์ในการรักษาและการดูแลเพิ่มมากขึ้น แต่ยังพบผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น ความเชื่อเดิมที่คิดว่าการมองเห็นที่ลดลงนั้นเกิดจากความเสื่อมจากความชรา การไม่ยอมรับซึ่งความพิการที่เกิดขึ้น รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูงไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการ และมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถทำการรักษาได้หรืออยู่ในช่วงระหว่างรอรับการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการและได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสายตาเลือนรางไม่มาก โดยพบเป็นการศึกษาเฉพาะบางโรคทางจักษุวิทยาที่ส่งผลให้มีความบกพร่องทางการมองเห็น ได้แก่ โรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา^{4,5} ด้านความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวกับคุณภาพชีวิตของคนสายตาเลือนรางยังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจน แต่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวโดยภาพรวม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁶ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นในหลากหลายประเด็น ได้แก่ อายุ ระดับการมองเห็น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม^๑ และการปรับตัวหรือการจัดการต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นบกพร่อง^๒ แต่การนำผลการวิจัยมาใช้ในผู้สูงอายุไทยยังมีข้อจำกัด เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ลักษณะครอบครัว และบริบทการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Zhan โดยแนวคิดนี้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพและด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ผ่านกระบวนการคิด การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตว่าพึงพอใจมากน้อยเพียงใด และแปลความหมายออกมาในเรื่องของคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งได้ทำการศึกษาส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ^๕ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและหาแนวทางในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีระดับสายตาเลือนรางหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Zhan ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิต เนื่องจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา และค่านิยม^๓ ซึ่งการมองเห็นเลือนรางในผู้สูงอายุมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป อาจมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยหรือความเสื่อมแต่ล้วนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้เหมาะสม และความวิตกกังวลกับอาการและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงรวมไปถึงการสนับสนุนด้านต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการกระบวนการคิดการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Zhan ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัย 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความวิตกกังวล การปรับตัว และ 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม^๕ มากำหนดกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังแผนภูมิที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสายตาเลือนราง ซึ่งใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งหญิงและชายที่มีระดับสายตาเลือนราง อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี จำนวน 7 ชุมชน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการมองเห็นในระดับสายตาเลือนราง และผลการทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย (Abbreviated Mental Test : AMT) มีความรู้คิดปกติ ได้ตอบด้วยวาจาและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 สำหรับสถิติความสัมพันธ์โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) .809 ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา (α) .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ใช้ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ .2177 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 164 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS 2018/456.0708 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2561 ผู้วิจัยขอความร่วมมือก่อนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัยและการทำวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหรือญาติในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้งก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองพร้อมกับมีพยานลงลายมือชื่อ 1 ท่าน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทีละส่วน สามารถยุติการตอบแบบสอบถามทันทีที่ไม่ต้องการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย การเผยแพร่ทำในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็น

แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 ใช้สำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 5 ส่วน โดยแบบสอบถามต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย (Abbreviated Mental Test: AMT) เป็นส่วนหนึ่งของ “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ”¹⁰ ซึ่งได้พัฒนาดัดแปลงเป็นข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ตอบถูก 8 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีความรู้คิดปกติ

แบบสอบถามชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย¹⁸ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและลบ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ 30-69 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย 70-109 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง 110-150 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

3. แบบสอบถามความวิตกกังวล (Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย: Thai HADS) ที่ได้รับการแปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย¹² ใช้เฉพาะข้อคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนการแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-7 คะแนน แสดงว่าไม่มีความวิตกกังวล 8-10 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวล แต่ไม่ผิดปกติชัดเจน และ 11-21 คะแนน แสดงว่ามีอาการวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าอาจเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

4. แบบสอบถามการปรับตัวต่อความพิการทาง การเห็น (The Adaptation to Age-Related vision Loss: AVL-12) ได้รับการแปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก และข้อคำถามทางลบ วัดการปรับตัวด้านจิตสังคม โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้คะแนน

ตั้งแต่ 0-3 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน ค่าคะแนนรวมมาก แสดงว่ามีการปรับตัวต่อความพิการทางการเห็นอยู่ในระดับสูง

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสายตาเลือนราง (Elderly Low Vision Quality of Life Questionnaire: ELVQOL)¹³ ขออนุญาตและแปลเป็นภาษาไทยผ่านกระบวนการแปลกลับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็นตอนที่ 1 จำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน ตอนที่ 2 จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4-76 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมมาก แสดงว่าระดับคุณภาพชีวิตในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00, .96, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .802, .808, .960, .961 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม

ความวิตกกังวลต่อการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง เพศหญิง ร้อยละ 51.2 และเพศชาย ร้อยละ 48.8 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน มีอายุระหว่าง 60-93 ปี อายุเฉลี่ย 72.48 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 38.4 มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 65.9 มีสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน ร้อยละ 81.1 มีจำนวนบุตร 1-3 คน ร้อยละ 59.7 จบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.8 ทุกรายมีแหล่งรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รองลงมา คือ จากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 56.1 และใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 75 เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.9 เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา ร้อยละ 43.9 และโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64, 55 และ 45 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาที่มีภาวะสายตา เลือนรางอยู่ระหว่าง 1-3 ปี ร้อยละ 31.1 จำแนกตามระดับการมองเห็นพบว่า มีสายตาเลือนรางระดับ 2 ร้อยละ 69.5 และส่วนใหญ่มีค่าลานสายตาแคบกว่า 20 องศา จนถึง 10 องศา ร้อยละ 64.6

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัวต่อความพิการทางการมองเห็น (ตารางที่ 1) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง (n = 164)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
- การสนับสนุนทางสังคม	121.59	7.77	มาก
- ความวิตกกังวล	6.07	2.46	น้อยหรือไม่มี
- การปรับตัวต่อความพิการทางการมองเห็น	21.93	6.586	ค่อนข้างไปทางสูง
(skewness = -.342)			
- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง	39.84	9.283	ค่อนข้างไปทางสูง

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ($\bar{X} = 121.59$, S.D. = 7.77) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยหรือไม่มี ($\bar{X} = 6.07$, S.D. = 2.46) การปรับตัวต่อความพิการทางการมองเห็น และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางค่อนข้างไปทางสูง ($\bar{X} = 21.93$, S.D.=6.586 และ $\bar{X} = 39.84$, S.D. = 9.283 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 164)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การสนับสนุนทางสังคม	1			
2. ความวิตกกังวล	.115	1		
3. การปรับตัวต่อความพิการทางการมองเห็น	.066	-.092	1	
4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสายตาเลือนราง	.240**	.359**	-.141	1

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

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .240$, $p < .01$ และ $r_s = .359$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนการปรับตัวต่อความพิการทางการมองเห็น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง ($r_s = -.141$, $p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง โดยจะอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้คือ

1. เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง ผลการศึกษาพบว่า

ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.1 ($\bar{X} = 121.59$, S.D. = 7.77) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นประจำและเพียงพอต่อความต้องการ แม้ว่าส่วนใหญ่จะมีสถานภาพ แต่อยู่กับบุตรหลาน กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีแหล่ง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (ตารางที่ 2) โดยมีรายละเอียดดังนี้

รายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และรายได้จากบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ทำให้ได้รับการดูแลที่เพียงพอ มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมไทยที่มีการปลูกฝังบุตรหลานในเรื่องของความกตัญญูต่องานที่ต่อบุพการี ส่งผลให้มีความเคารพและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี คณะกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจึงอยู่ในระดับมาก⁵

ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง อยู่ในระดับน้อยหรือไม่มีความวิตกกังวล ($\bar{X} = 6.07$, S.D. = .246) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีสายตาเลือนรางเฉลี่ย 2.26 ปี ซึ่งระยะเวลาที่มีความบกพร่องการมองเห็นยิ่งนานขึ้นความวิตกกังวลจะลดลงมากกว่าในระยะแรกที่มีความวิตกกังวล เนื่องจากมีการปรับตัวและยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ¹¹ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ทำให้มีความวิตกกังวลน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสายตามีความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย¹⁴ อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง^{17,18} อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงทำให้มีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลที่มากกว่าปัญหาทางการมองเห็นเพียงอย่างเดียว เช่น อาการ

เจ็บป่วยของโรคเบาหวานหรือผลกระทบจากการรักษา เป็นต้น ระดับการปรับตัวต่อความพิการทางการมองเห็นของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางอยู่ในระดับค่อนข้างไปทางสูง ($\bar{X} = 21.93$, S.D. = 6.586) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามีการปรับตัวต่อความพิการทางการเห็นค่อนข้างไปทางสูงเช่นกัน¹¹ และเนื่องจากส่วนใหญ่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 86 จึงแสวงหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและส่งเสริมให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวที่ดีกว่า¹⁷ และพบว่าการมีผู้ดูแลช่วยส่งเสริมการทำกิจกรรมต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว อีกทั้งได้รับความรักความห่วงใย ความเคารพนับถือ ได้รับกำลังใจ ระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีการดูแลซึ่งกันและกันจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ส่งผลให้การปรับตัวมีอย่างต่อเนื่อง การมีทัศนคติเกี่ยวกับความเสื่อมตามวัยมีผลทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับและปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 39.84$, S.D. = 9.283) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินและมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน^{5,15} อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน และมีแหล่งรายได้ที่เพียงพอ รวมถึงมีการสนับสนุนสังคมในระดับมากจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปในทิศทางที่ดี แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานะสายตาเลือนรางอยู่ในระดับ 2 ซึ่งเป็นระดับการมองเห็นที่ลดลงอย่างมากและใกล้เคียงสู่สภาวะตาบอด ทำให้การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ทำได้ค่อนข้างยากส่งผลให้การประเมินคุณภาพชีวิตได้ค่าคะแนนที่ลดลงสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ ซึ่งพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับต่ำได้แก่ ผลกระทบจากปัญหาสายตาและความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ¹⁸

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล การปรับตัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .240$, $p < .01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไปด้วย สนับสนุนทฤษฎีของ Zhan ที่กล่าวว่า ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับความรู้สึกถึงความปลอดภัย และมีคุณค่าของบุคคล จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และมีแหล่งรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ซึ่งเพียงพอต่อการใช้ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานการดำรงชีวิตในสังคมที่มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกันในด้านอารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและได้รับการยกย่อง ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังจะไม่สามารถประสบความสำเร็จในการดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าปราศจากการตระหนักรู้และการช่วยเหลือที่มาจากแหล่งสนับสนุนภายนอก²⁰

ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสายตาเลือนรางในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .359$, $p < .01$) อธิบายได้ว่าความวิตกกังวลจะมีผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้ มีสติรู้สึกตัวและคำนึงคิด โดยในระดับต่ำจะช่วยให้เกิดภาวะตื่นตัวและช่วยให้เกิดการรับรู้และเรียนรู้ที่ดีขึ้น ระยะเวลาที่มีความบกพร่องการมองเห็นยาวนานขึ้นความวิตกกังวลจะลดลงมากกว่าในระยะแรกที่มีความผิดปกติ¹⁴ ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนทฤษฎีของ Zhan ด้านจิตใจกล่าวว่า การรับรู้สภาพจิตใจของตัวผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกทางบวก ภาพลักษณ์ ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง รวมถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ การจัดการกับความเศร้าหรือกังวล และการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมีผลต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้น การมีความวิตกกังวลในระดับต่ำจึงมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองและส่งผลต่อการปรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางให้ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและมีระยะเวลาที่พบเป็นสายตาเลือนรางอยู่ระหว่าง 1-3 ปี ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสายตาในอนาคตที่จะเพิ่มขึ้น ถึงแม้จะมีระดับสายตาเลือนรางที่ยังสามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ แต่เครื่องมือเป็นการประเมินด้านการ

ดำเนินชีวิตเป็นส่วนใหญ่จึงทำให้ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง พบว่า การปรับตัวต่อความพิการทางการเห็นไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสายตาเลือนราง ($r_s = -.141, p < .01$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าใจว่าการมองเห็นที่ลดลงเป็นความเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น ไม่ใช่ความผิดปกติ เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ก็จะต้องมีการปรับในการดำเนินชีวิตให้ได้ และเข้าใจว่าความพิการทางการมองเห็นนั้นหมายถึงภาวะตาบอดสนิทที่มีความรุนแรงกว่าสายตาเลือนรางจึงไม่เห็นด้วยในรายข้อคำถามซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน^{6,8} จากการศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุทั่วไป¹⁹ พบว่า ความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เร้าตรงที่กระตุ้นให้เกิดการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมถอยตามอายุที่เพิ่มขึ้น และระยะเวลาในการเกิดความบกพร่องทางการมองเห็นที่ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับสิ่งเร้า ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงได้ใช้ความสามารถของคนที่เหลืออยู่ปรับวิธีคิดต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว รวมทั้งการได้รับความรัก ความห่วงใย ได้รับกำลังใจ ความเคารพนับถือจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและนำไปสู่การแสดงบทบาทที่เหมาะสมตามวัย อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ตามศักยภาพ ทำให้มีการปรับตัวที่ดี เกิดความพึงพอใจในชีวิต และการมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจย่อมมีผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตา เลือนราง คือ การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ซึ่งผลจากการศึกษาให้ครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในด้านแหล่งรายได้และสิทธิการรักษา แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางได้รับสวัสดิการอย่างทั่วถึง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ผลการศึกษาค้นนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการปรับตัวต่อความพิการทางการมองเห็น

ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง ซึ่งการศึกษาค้นนี้สนับสนุนแนวคิดของ Zhan เป็นบางส่วน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและการคัดกรอง ความวิตกกังวลเพราะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง และควรมีแนวทางป้องกันความเสี่ยงต่อความวิตกกังวลที่มากและอาจพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนราง ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการติดตามการสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับสายตาเลือนรางต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการปรับตัว หรือปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น อายุ ระดับการมองเห็น การรักษา ฟันฟูแก้ไขการมองเห็นบกพร่อง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและชะลอการเกิดสายตาเลือนรางในผู้สูงอายุ

References

1. Thongcharoen V. Sciences and arts of geriatric nursing. (2nd ed), Bangkok: Textbooks Project of Faculty of Nursing: Mahidol University; 2015. (in Thai)
2. Leksakul A, editor. Ophthalmology Ramathibodi. Bangkok: Department of Ophthalmology Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, 2018. (in Thai)
3. Zhan L. Quality of Life: Conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing. 1992;17(July): 795-800.

4. Utama N, Chintanawat R, Ausayakhun S, Nanasilp P. Visual Impairment, Coping Strategies, and Vision-related Quality of Life among Elders with Cataract. *Nursing Journal*. 2015;42(3): 61-71. (in Thai)
5. Chantararat P, Choowattanapakorn T. Factors associated with visual-related quality of life in older persons with glaucoma. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2018;34(3): 89-99. (in Thai)
6. Kotemit S, Rerkjaree S. The Relationship Among Social Support, Adjustment, and Quality of Life of Aging. *Journal of Education Khon Kaen University (Graduate Studies Research)*. 2016;10(2): 165-70. (in Thai)
7. Xu K, Gupta V, Bae S, & Sharma S. Metamorphopsia and vision-related quality of life among patients with age-related macular degeneration. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 2018;53(2), 168-72.
8. Yilmaz C K, & Kil A. The relationship between the older adults' adaptation to old age and perceived social support level. *Cukurova Medical Journal*, 2020;45(1), 338-46.
9. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis (7th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.
10. Hodkinson HM. Evaluation of a mental test scores for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and ageing* 1972; 1 (4): 233-8.
11. Krutthong V, Kajorntham P, Kusulwisitkul W, Chotikavanich S. Factor in Predicted of Adaptation to Low Vision in Adults. *Siriraj Medical Bulletin*. 2016;9(1): 10-6.
12. Nilchaikovit T, Lortrakul, M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 1996;41(1): 18-30. (in Thai)
13. Li X, Chen J, Xu G, Zhong Y, Jang L, Lin L, Lu F. Development of an Elderly Low Vision Quality of Life Questionnaire for less-developed areas of China. *Quality of Life Research*. 2015;24(10): 2403-13.
14. Van der Aa HP, Comijs HC, Penninx BW, Rens GH, Nispen RM. Major depressive and anxiety disorders in visually impaired older adults. *Investigative ophthalmology & visual science*. 2015;56(2): 849-54.
15. Muksiritipanun B, Monthaisong D. Factors Related to Quality of Life in Patients with Diabetic Retinopathy. *J Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(2): 395-404. (in Thai)
16. Chatreewarote M, Navicharern R. Factors related to quality of life in patients with diabetic retinopathy. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2015;27(1): 70-82. (in Thai)
17. Sangboon, N, Detprapon, M, & Monkong, S. Adjustment in elderly people with visual impairments. *Nursing Research and Innovation Journal*, 2019;25(1), 29-42. (in Thai)
18. Poonpiam K, Sasat S. Factors Related To Health Related Quality Of Life In Older Persons With Age-Related Macular Degeneration. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(suppl.2): 382-92. (in Thai)
19. Sangboon N, Detprapon M, Monkong S. Adaptation in Older Persons with Visual Impairment. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2019;25(1): 29-42. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน

Developing Seamless End-Stage Cancer Patient Care Models in the Community

วรรณา ฉายอรุณ¹ ทรงเดช ประเสริฐศรี¹ มนพร ชาทิขานี^{*2}

Wanna Chaiaroon¹ Thongdech Prasertsri¹ Manaporn Chatchumni^{*2}

¹โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ปทุมธานี ประเทศไทย 12110

¹Maha Vajiralongkorn Thanyaburi hospital Pathumtani, Thailand 12110

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี ประเทศไทย 12000

²School of nursing, Rangsit university Pathumtani, Thailand 12000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน ดำเนินการระหว่างพฤษภาคม 2565 - พฤศจิกายน 2566 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหารท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ป่วยและผู้ดูแล รวม 165 คน โดยใช้เครื่องมือการวิจัยต่างๆ เช่น แบบประเมินอาการ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย และสถิติทดสอบ paired sample t- test

ผลการศึกษาพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลายด้าน ได้แก่ การประเมินปัญหาผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ความรู้ทักษะของบุคลากรไม่เพียงพอ การใช้เทคโนโลยีสื่อสารและการประสานเครือข่ายการสนับสนุนรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ระบบการดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาสมรรถนะและเสริมพลังบุคลากร และระบบสนับสนุนเชื่อมโยงเครือข่ายทุกระดับ หลังนำรูปแบบไปใช้พบว่า อาการของผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, การดูแลแบบไร้รอยต่อในชุมชน, ผู้ดูแล

Abstract

Research and development were designed to develop a seamless community-based end-of-life cancer patient care model. We conducted the study between May 2022 and November 2023, which involved four phases: planning, implementation, observation, and reflection. The purposive sampling group consisted of 165 individuals, including medical personnel, local administrators, public health volunteers, patients, and caregivers. We utilized various research tools, including symptom assessment forms, quality-of-life assessments, and satisfaction surveys. We performed data analysis using descriptive statistics and paired sample t-tests.

The study identified several challenges in end-of-life cancer patient care, including inadequate patient problem assessment, insufficient personnel knowledge and skills, and shortcomings in utilizing communication technology and network coordination for support. The developed model encompassed comprehensive care

systems, competency enhancement and personnel empowerment, and support systems linking networks at all levels. The model's implementation led to significant improvements in patient symptoms, enforced care outcomes, patient and caregiver quality of life, and stakeholder satisfaction.

Keywords : Care for end-stage cancer patients, Seamless care in the community, Caregiver

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังรุนแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ทั่วโลก แนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี^{1,2} ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 19.29 ล้านคน^{1,3} และเสียชีวิต 9.96 ล้านคน ในประเทศไทยปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเฉลี่ยวันละ 230 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ^{4,5,6} โดยแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ จึงกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในเจ็ดยุทธศาสตร์สำคัญ การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นการจัดการความปวด บรรเทาอาการทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต⁷ รวมถึงการดูแลครอบครัวและผู้ใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม มีเพียง 14% ของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁸ จากวรรณกรรมเกี่ยวกับอุปสรรคของการดูแลแบบประคับประคองคือความเข้าใจและการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน การดูแลผู้ป่วยต้องครอบคลุมทั้งภายในและนอกสถานพยาบาล รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว^{7,8}

ในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 193,748 รายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศให้ระบบบริการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)^{9,10} โดยจัดบริการเป็นเครือข่ายใน 12 เขตสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน หลักการสำคัญคือการสร้าง “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ”¹¹ ที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ เพื่ออำนวยความสะดวกในการประสานงานระหว่างหน่วยบริการต่างๆ สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่เลือกจะเสียชีวิตที่บ้าน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และสมาชิกในครอบครัว เพื่อดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับความเจ็บ

ป่วยได้อย่างเหมาะสม¹¹ ระบบบริการไร้รอยต่อจึงมีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹¹

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรีเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตสุขภาพที่ 4 มีประสบการณ์กว่า 20 ปีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง นอกจากบริการในโรงพยาบาลแล้ว ยังมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย ผ่านการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ และการแพทย์ทางไกล (Telehealth) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงพบปัญหาในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลจึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น และการประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและได้รับการดูแลที่เหมาะสม พื้นที่ศึกษาคือ เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่เดียวกับที่ตั้งของโรงพยาบาล โดยมีเหตุผลดังนี้ (1) ใกล้ชิดและสะดวกในการประสานงานและติดตามผล (2) เป็นชุมชนเมืองขนาดกลาง มีประชากรหนาแน่น เหมาะสำหรับการศึกษานำร่อง (3) มีสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เอื้อต่อการบูรณาการระบบดูแล และ (4) ผู้นำและชุมชนให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ด้วยเหตุผลดังกล่าว เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์จึงเป็นพื้นที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวัดผลลัพธ์ 3 ด้าน ดังนี้:

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการรบกวนต่างๆ โดยใช้ระบบประเมินอาการรบกวน

ต่างๆ (ESAS: Edmonton Symptom Assessment System), คะแนนการดูแลประคับประคอง (POS : Palliative care Outcome Scale) และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General)

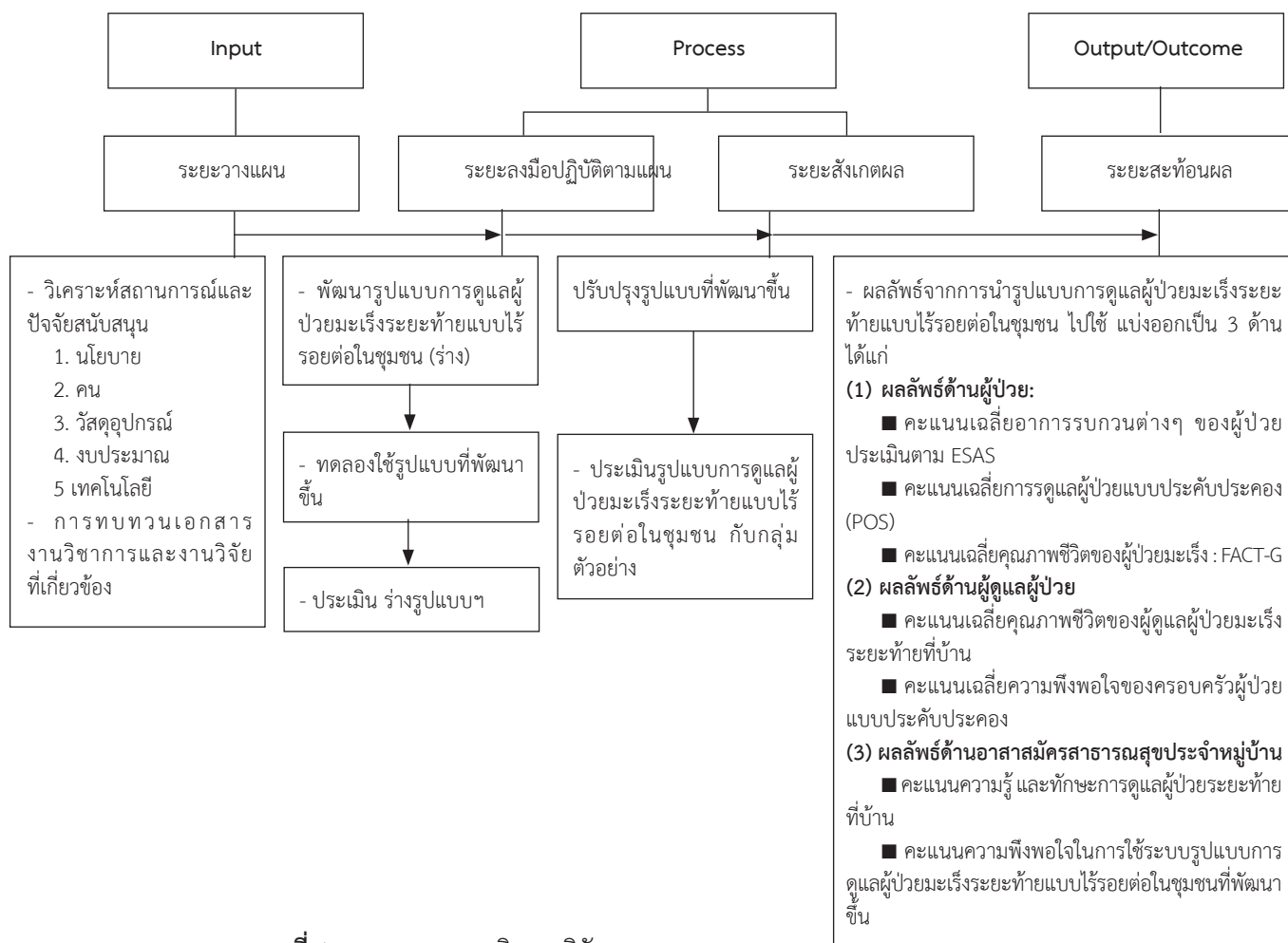
2. ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน

3. ผลลัพธ์ด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: ประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อการบริการดูแลใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชนเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทฤษฎีระบบของ Gillies¹² ช่วยจำแนกองค์ประกอบสำคัญออกเป็น 3 ส่วนดังนี้: (1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบ

ด้วย (1.1) ทรัพยากรบุคคล เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยดูแล และครอบครัวผู้ป่วย (1.2) ทรัพยากรทางการแพทย์ เช่น ยา อุปกรณ์การแพทย์ สถานพยาบาล (1.3) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ประวัติการรักษา อาการผลการตรวจร่างกาย และนโยบาย และทรัพยากรทางการเงินจากภาครัฐและเอกชน (2) กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย การประเมินสภาพและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้การดูแลและรักษาตามแผนอย่างบูรณาการ และการติดตามและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และ (3) ผลลัพธ์ (Output)¹² ประกอบด้วย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครบถ้วน การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจอย่างเหมาะสม และการใช้งบประมาณและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการบูรณาการทุกองค์ประกอบของทฤษฎีนี้ จะทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีประสิทธิภาพ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาและพัฒนาที่ดำเนินการในช่วง พฤษภาคม 2565 ถึงพฤศจิกายน 2566 รวมเวลา 18 เดือน แบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวางแผน 2) ระยะปฏิบัติการ 3) ระยะสังเกตผล 4) ระยะสะท้อนผล

1. ระยะวางแผน ประกอบด้วยกิจกรรมคือ การวิเคราะห์สถานการณ์: ประชุมหารือกับผู้บริหารเทศบาลเมืองสนนรักษ์, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการดูแล โดยเน้นทั้งนโยบายและการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ รวมถึงระบบการดูแลที่มีอยู่ การประชุมหารือ: ทำงานร่วมกับตัวแทนผู้ปฏิบัติการดูแลและบุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองสนนรักษ์ จำนวน 51 คน เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเมืองสนนรักษ์ และรพ.สต. บึงสนั่น และ สมเด็จพระเจ้า 84 พรรษา เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการการสนับสนุน และการศึกษาและสังเคราะห์มาตรฐานการดูแล: ศึกษามาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในที่บ้านและชุมชนตามกรมการแพทย์ และรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลใหม่ที่เหมาะสมกับชุมชน

2. ระยะลงมือปฏิบัติตามแผน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้: (2.1) การจัดทำและประเมินร่างรูปแบบการดูแล นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสร้างร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน และจัดประชุมกับทีมพยาบาล จำนวน 8 คนและสหวิชาชีพ จำนวน 5 คน จากโรงพยาบาลมหาราชนครเมืองสนนรักษ์ เพื่อรับข้อเสนอแนะจากผู้มีประสบการณ์ทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพ (2.2) การตรวจสอบและยืนยันรูปแบบการดูแล โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการดูแลตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ และ (2.3) การทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบชี้แจงและทดลองใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล 10 คนในพื้นที่ศึกษา โดยมีการสังเกตและเก็บข้อมูลเพื่อทบทวนและปรับปรุงต่อไป ขั้นตอนเหล่านี้ช่วยให้การพัฒนาและการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชนมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการจริงของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ระยะสังเกตผล: ใช้รูปแบบการดูแลที่ปรับปรุงแล้วกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในพื้นที่ศึกษาและประเมินผลลัพธ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ครอบคลุมผลลัพธ์ 3 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย และด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง พฤษภาคม 2565 – 5 พฤษภาคม 2566

4. ระยะสะท้อนผล: สรุปผลการใช้รูปแบบการดูแลและประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินการ ตั้งแต่กรกฎาคม 2566 ถึงมิถุนายน 2567

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาราชนครเมืองสนนรักษ์ โดยมีหมายเลขโครงการ MTH 2022-02, รหัสโครงการ 198 ในช่วงวันที่ 5 พฤษภาคม 2565 ถึง 5 พฤษภาคม 2566 และได้รับการขยายเวลาการวิจัยโดยหมายเลขโครงการ MTH 2023-11, รหัสโครงการ 236 ตั้งแต่วันที่ 13 มิถุนายน 2566 ถึง 12 มิถุนายน 2567

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ประเมินเครื่องมือที่ใช้ โดยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลลัพธ์ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ดังนี้: (1) คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย รายการการดูแล 11 หัวข้อ เช่น การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การเตรียมสภาพแวดล้อมในบ้าน การดูแลเรื่องอาหาร การเคลื่อนไหวและแผลกดทับ การประเมินความปวด และอื่นๆ มีค่า CVI อยู่ที่ 0.981 และ (2) โปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและโรคเรื้อรังแบบประคับประคอง โดยทั้งสองเครื่องมือมีการตรวจสอบและได้รับการยืนยันว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาสูงเหมาะสำหรับการใช้งานในการวิจัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ครอบคลุมผลลัพธ์ 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ (1) แบบบันทึกส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา (2) แบบบันทึกติดตามประเมินอาการต่างๆ ของผู้ป่วย : ESAS ประกอบด้วย การประเมิน 9 อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยมีเกณฑ์ในการ

แปลผลคะแนน คือ แบ่งระดับการวัดเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด (3) แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยแบบประคับประคอง : PPS¹³ ประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ 5 หัวข้อหลัก แบ่งการประเมินเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% (4) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: POS^{13,14} เป็นการประเมินอาการและความรู้สึกของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 3 วัน ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 โดยคะแนน 0 หรือคะแนนยิ่งน้อย หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยิ่งดี (5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง : FACT-G¹⁵ ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินแบบปลายปิด 27 ข้อ ประเมินสถานการณ์ภายในช่วงเวลา 7 วัน ที่ผ่านมา เป็นการวัดความผาสุกใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมากและมากที่สุด คะแนนยิ่งสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี (ทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในโรงพยาบาล จำนวน 20 คน Cronbach's Alpha Coefficient = .986)

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย (1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹⁶ ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด 26 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และ (2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย¹⁷ (ทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในโรงพยาบาล จำนวน 20 คน (Cronbach's Alpha Coefficient = .784)

2.3 ผลลัพธ์ด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือระดับ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด และระดับ 0 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจ (Cronbach's Alpha Coefficient = .930) และ (2) แบบประเมินความพึงพอใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพัฒนาจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 25 ข้อ 4 ด้าน (CVI = .929, Cronbach's Alpha Coefficient = .866)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป: ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย (mean: M), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย: *ด้านผู้ป่วย:* เปรียบเทียบคะแนนอาการรบกวน (ESAS), การดูแลแบบประคับประคอง (POS), และคุณภาพชีวิต (FACT-G) ก่อนและหลังการนำรูปแบบใหม่ไปใช้ *ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย:* วิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการดูแลของครอบครัว และด้านอาสาสมัครสาธารณสุข: ประเมินคะแนนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการดูแลใหม่ ก่อนและหลังการนำไปใช้ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบทีแบบเป็นอิสระ (Independent-t test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลใหม่

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ สภาพแวดล้อมและปัจจัยสนับสนุนในชุมชน โดยสรุปมี 2 ด้าน คือ ด้านนโยบาย และการสนับสนุนทรัพยากรในชุมชน และด้านระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน มีรายละเอียดคือ (1.1) *ด้านนโยบายและการสนับสนุนทรัพยากรในชุมชน* ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขมีจำนวนไม่เพียงพอและขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีปัญหาซับซ้อน 2) มีความต้องการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการประสานงาน และการสื่อสารระหว่างบุคลากร หรือการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (1.2) *ด้านระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน* ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมและต้องการการปรับปรุงเพื่อวางแผนการดูแลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อสม. และผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อสม. ขาดความมั่นใจเนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากบางครอบครัว และต้องการการประสานงานที่ดีขึ้นสำหรับการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน พัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดเชิงระบบและแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก^{18,19,20} ประกอบด้วย (2.1) ระบบการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม: ตั้งแต่การประเมินการรับรู้ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการประชุมครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการแต่ละราย การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านความเชื่อและ

จิตวิญญาณ (2.2) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข: จัดโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารที่ปลอดภัย และ (2.3) ระบบการสนับสนุนและประสานการดูแลที่เชื่อมโยงเครือข่าย: จัดทำคู่มือการดูแลที่บ้าน สร้างช่องทางปรึกษาออนไลน์ line official สำหรับบอสม. และจัดตั้งระบบ 'Fast track & Seamless' สำหรับผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน (n = 31)

POS	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อาการปวด	1.23	0.76	0.74	0.68	3.321	0.002*
อาการอื่น	0.84	0.64	0.45	0.62	3.230	0.003*
หงุดหงิด กังวลใจ	0.84	0.52	0.45	0.51	3.230	0.003*
ความวิตกกังวลของครอบครัว	1.06	0.51	0.61	0.56	4.971	0.000*
การได้รับข้อมูล	0.29	0.69	0.03	0.18	2.108	0.043*
การระบายความรู้สึก	0.23	0.43	0.03	0.18	2.683	0.012*
ความเศร้าใจ	0.00	0.00	0.03	0.18	-1.000	0.325
ความรู้สึกดีกับตัวเอง	0.06	0.25	0.03	0.18	1.000	0.325
ความรู้สึกเสียเวลา	0.13	0.50	0.00	0.00	1.438	0.161
การได้รับการช่วยเหลือ	0.13	0.50	0.00	0.00	1.438	0.161
คะแนนโดยรวม	4.81	2.87	2.34	1.61	5.359	0.000*

*p < .05

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 31 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 31 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 51 คน สรุปผลคือ (3.1) การประเมินอาการผู้ป่วยด้วย ESAS พบว่าผลของค่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวด ความวิตกกังวล และอาการไม่สบายทั่วไปมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากใช้รูปแบบการดูแล (p < .05) อย่างไรก็ตาม อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้

ซึมเศร้า ง่วงซึม เบื่ออาหาร และเหนื่อยหอบไม่แสดงความแตกต่างทางสถิติ (3.2) การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ไม่พบความแตกต่างทางสถิติหลังการใช้รูปแบบ (3.3) การประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากใช้รูปแบบการดูแล (t = 5.359, p < .05) สรุปว่าการใช้รูปแบบการดูแลไร้รอยต่อในชุมชนช่วยปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง : FACT-G ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน (n = 31)

คุณภาพชีวิต	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านร่างกาย	19.65	4.51	22.00	4.05	-4.152	0.000*
ด้านทางสังคม/ครอบครัว	26.29	2.07	26.77	1.82	-2.013	0.053
ด้านอารมณ์ จิตใจ	22.06	2.48	22.94	2.08	-2.777	0.009*
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	18.32	4.74	20.94	4.10	-4.545	0.000*
ความผาสุกโดยรวม	86.32	10.21	92.65	8.96	-4.778	0.000*

*p < .05

(3.4) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลังจากใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งพบว่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.778, p < .05$) คะแนนในด้านร่างกาย อารมณ์ และการปฏิบัติกิจกรรมยังเพิ่มขึ้นด้วยค่า t ที่ -4.152, -2.777, และ -4.545 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้มีค่า $p < .05$ สำหรับทุกด้าน ส่วนด้านสังคม/ครอบครัวไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ ($p > .05$) สรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน (n = 31)

คุณภาพชีวิต	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านสุขภาพกาย	31.32	2.40	32.84	2.19	-8.514	.000*
ด้านจิตใจ	27.68	1.58	29.16	1.00	-5.791	.000*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	14.52	0.81	14.94	0.25	-6.061	.000*
ด้านสิ่งแวดล้อม	35.26	2.97	36.97	2.30	-4.638	.000*
ความผาสุกโดยรวม	116.81	6.69	122.77	5.26	-3.053	.005*

*p < .05

(3.5) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.053, p < .05$) รวมทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ($t = -8.514, p < .05$), ($t = -5.791, p < .05$), ($t = -6.061, p < .05$), และ ($t = -4.638, p < .05$) ตามลำดับ สรุปได้ว่าการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ดังตาราง

ที่ 3 (3.6) ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีค่าเฉลี่ย = 48.94, SD = 1.46 สรุปความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากในทุกข้อ และ (3.7) ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) มีคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน มีค่าเฉลี่ย = 108.06,

SD = 9.87 สรุปความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากในทุกด้าน

การอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชน มีอุปสรรคสำคัญ 2 ประการ: (1) จำนวนและทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.): มีจำนวนไม่เพียงพอและขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความต้องการพิเศษ (2) ทักษะการใช้เทคโนโลยี: แม้ว่าอสม. ส่วนใหญ่จะเข้าถึงสมาร์ตโฟนได้ แต่ทักษะการใช้เทคโนโลยียังแตกต่างกันมาก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยสูงอายุ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การประเมินอาการและการจัดการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา¹⁷ ที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและขยายโปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับอสม. เพื่อเพิ่มทักษะทางการแพทย์และเทคโนโลยี การสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจระหว่าง อสม.กับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแล นอกจากนี้ การพัฒนาการสื่อสารและการประสานงานเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความขัดข้องและปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่อง การจัดการความรู้และทักษะให้กับญาติผู้ดูแลจะช่วยบรรเทาความเครียดและส่งเสริมการดูแลที่ดีขึ้น การมีคู่มือและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรสาธารณสุขจะเป็นประโยชน์ในการเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างราบรื่นและมีคุณภาพ^{7,17}

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน คือการดูแลอย่างองค์รวมที่รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการดูแลร่วมกัน^{6,17} และการประสานงานการดูแลต่อเนื่องทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล โปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาทักษะและเสริมสร้างความรู้ให้กับอสม. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร มีการจัดระบบการสนับสนุนและประสานการดูแลที่เชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลในทุกระดับ อาทิการจัดทำคู่มือให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ และระบบ “Fast Track & Seamless” สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลกลับคืนโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{6,7,12} ที่ระบุถึงการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชนต้องอาศัยระบบการดูแลองค์รวมและการประสานงานระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทุก

ระดับ โดยการฝึกอบรมอสม. และใช้เทคโนโลยีเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารและจัดการข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การมีคู่มือการดูแลและการให้คำปรึกษาออนไลน์เป็นต้นว่าช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การบูรณาการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและลดความเครียดของผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ระบบสุขภาพในชุมชนแข็งแกร่งและยั่งยืน^{8,10}

ผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการประสานงานกับเครือข่ายท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด ช่วยลดอาการรบกวนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยการดูแลแบบประคับประคอง^{7,18} นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น^{17,19,20,21} ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนและคำปรึกษาที่ช่วยแบ่งเบาภาระงาน เพิ่มความมั่นใจและความพึงพอใจในการดูแล ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย การประสานงานระหว่างเครือข่ายท้องถิ่นมีผลในการลดอาการรบกวนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลที่มีคุณภาพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและผลลัพธ์ที่ดี^{5,7,11} รูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่อยังช่วยให้ผู้ดูแลมีภาระงานลดลงและความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การบริหารจัดการอาการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาต่างๆ ยืนยันว่าการใช้รูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีตามความต้องการ 5 สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของอสม.^{6,16} ที่นำทฤษฎีระบบ (System Theory) มีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและการสนับสนุนจากชุมชน รวมถึงความร่วมมือทุกระดับ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างครอบคลุม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมของอสม. และการใช้ทรัพยากรในชุมชนเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชน การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล โดยการรวมทรัพยากรท้องถิ่นและสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพทุกระดับ การยอมรับและการสนับสนุนอสม. ช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดี ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1. พัฒนาการฝึกอบรมบุคลากร: เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
2. ปรับปรุงระบบการประเมินผู้ป่วย: ทำให้การประเมินครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เพิ่มการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร: ปรับปรุงการประสานงานระหว่างบุคลากรเพื่อการดูแลที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพิ่มเติม: เพิ่มทักษะและความรู้ของบุคลากร
2. ใช้เทคโนโลยีสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ: เพื่อการประสานงานที่ดีขึ้น
3. สร้างระบบการดูแลแบบองค์รวม: เชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลในระดับต่างๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ

References

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *The International Journal of Cancer*. 2021; 149(4):778-89.
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Government action plan Ministry of Public Health 2022. (in Thai)
3. National Cancer Prevention and Control Plan Committee, Ministry of Public Health. National Cancer Control Programme (2018 – 2022). 2018 (in Thai)
4. Whitehead P, Keating S, Gamaluddin S, White C, Stewart C, Kim KY. Understanding the impact of community-based palliative care. In: Silberman M, editor. *Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community*. Cham: Springer; 2021.
5. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, Murtagh FE. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine*. 2017;15(102): 1-10.
6. Sapwongcharoen N., & Chintapanyakun T. Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(1): 26-34 (in Thai)
7. Abu-Odah H, Molassiotis A, Liu J. Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low- and middle-income countries: a systematic review of reviews. *BMC Palliative Care*. 2020;19(55): 1-16.
8. Nursing Division Ministry of Public Health. Nursing patients at home (home ward), Nonthaburi: Printing House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2013. (in Thai)
9. National Health Commission Office (NHCO). Operational definition of terms related to palliative care for Thailand, 2020. (in Thai)
10. Nursing Division Ministry of Public Health. Guidelines for developing nursing service systems: Service Plan. Pathumtani: Publisher : Suea Tawan Co., Ltd.; 2018. (in Thai)
11. Kitsanayotin B, Pannarunothi S. Seamless primary care and the inconvenient truth about health data standards. *Journal Health Systems Research*. 2021;15(2):131-5. (in Thai)
12. Gillies, D. A. *Nursing management: A system approach*. (3rd ed). W.B. Saunders. 1994.
13. Palliative Care Committee, Nursing Department., Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital Palliative Performance Scale for Adult Suandok (PPS - Adult Suandok): 1988. (in Thai)

14. Sapinan L. Guide to using the palliative care outcomes assessment scale Thai version (palliative care outcome scale : POS). Chiangmai: Klang Wiang Printing Company Limited; 2013. (in Thai)
15. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*. 1993;11(3):570-9.
16. Mahatnirunkul S., et al. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Suan Prung Hospital - Psychiatric Hospital; 1998. (in Thai)
17. Apichatammarit N. The use of smartphones among health in Nong Bua Rawe district, Chaiyaphum Province. *Chaiyaphum Medical Journal*. 2022; 42(2): 82-93. (in Thai)
18. Nursing Division, Ministry of Public Health. Guidelines for storing indicators: Improving the quality of nursing services. Pathumtani: Suea Tawan Co., Ltd.; 2020. (in Thai)
19. Uttiya P. The role of nurses in home nursing services In caring for elderly patients with end-stage cancer. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(1): 18-25. (in Thai)
20. Chanpanit P., Wongmanee W., and Judabood N. Strengthening the community: role of village health volunteers. *The Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2023.; 24(3): 23-30. (in Thai)
21. Jirakangwan M. and Chantree S. The development of palliative care in end of life cancer patients: An integration of caring seamless network at Sisaket Hospital. *Nursing Public Health and Education Journal*. 2018;19(2): 70-83. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ เทคโนโลยีไร้สายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรค โคโรนาไวรัส 2019 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี

Effectiveness of a Self-Care Promotion Program Using Wireless Technology for Patients with Pulmonary Dysfunction due to COVID-19 Infection During Home Rehabilitation, Suphanburi Province

พิศัญญ์ พลชนะ จารุวรรณ สอนองญาติ* เรวดี โพธิ์รัง ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์
Pisit Poltana Jaruwan Sanongyard* Rewadee Phorang Khunruethai Thammakijpirote
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ ประเทศไทย 72000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มละ 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยจัดเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างละจำนวน 50 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้ในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ และควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 หลังได้รับโปรแกรมในระยะยาวเพื่อดูความคงทนของโปรแกรมฯ

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม, ปัญหาการทำงานของปอด, ติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019, ที่บ้าน

Abstract

This research is a quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design to compare the average scores of knowledge and self-care behavior after contracting Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). The sample consisted of patients in the yellow group who had lung function problems due to COVID-19 infection. Each group comprised 50 participants, selected through purposive sampling and divided into an

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

ได้รับทุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุนส่งเสริม: ววน.) ประจำปี 2566

experimental group and a control group, totaling 100 participants. The instrument used was a self-care knowledge promotion program utilizing wireless technology, which assessed the knowledge and behavior of patients after COVID-19 infection. Descriptive statistics were used to analyze general data through frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, while inferential statistics were used for comparison analysis with the t-test.

The research findings revealed that: 1) Patients who received the program had significantly higher self-care knowledge after the experiment at the .05 level of significance. 2) Patients who received the program exhibited significantly better self-care behavior after the experiment at the .05 level of significance.

Recommendations: The research results can be applied, and further studies should follow up on patients' behaviors in preventing COVID-19 after receiving the program in the long term to assess the program's sustainability.

Keywords: Knowledge and behavior program, lung function problems, Covid 19 Infected, Home

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 มีการระบาดอย่างกว้างขวางทั่วโลก องค์การอนามัยโลกระบุ ลักษณะของโรคนี้ ซึ่งเกิดจากกลุ่มอาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC)¹ เมื่อปี 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั่วโลกจำนวน 142,695,259 ราย เสียชีวิต 3,043,009 ราย โดยทั่วโลก มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 142,695,259 ราย เสียชีวิต 3,043,009 ราย² จึงเป็นความท้าทายอย่างมากของการสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ เพื่อเตรียมและรับมือและหาแนวทางหรือมาตรการป้องกันเพื่อลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019³ สามารถติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ โดยทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่อาการคล้ายไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงจนถึงเฉียบพลัน⁴ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย มีผลต่อการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

การติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ถึงแม้ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีจนหายแล้ว ยังมีผลกระทบระยะยาว ซึ่งมีชื่อเรียกว่า Long Covid 19 (ลองโควิด) ลักษณะของความผิดปกติจะมีอาการผิดปกติยาวนานกว่า 4 สัปดาห์ ทั้ง ๆ ที่ตรวจไม่พบเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 แล้ว อาการหลังการติดเชื้อ มักมีอาการอ่อนเพลีย หมดแรง และหอบเหนื่อยมากที่สุด ตามมามี

อาการปวดศีรษะไม่ได้กลิ่นหรือรับรสได้ไม่ดี มีความผิดปกติในหลายอวัยวะ (multiorgan effects) จากร่างกายของคนไข้โคโรนาไวรัส 2019 ไม่สามารถควบคุมการหลั่งสารในระบบภูมิคุ้มกันกลุ่ม cytokine ได้ และยังพบปัญหาทางด้านจิตใจหรือผู้ป่วยวิกฤติที่เป็นห้องแยก อาจทำให้มีอาการทางใจส่งให้ยังคงรู้สึกเหนื่อยล้าอยู่แม้จะไม่มีเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 แล้ว ในบางกรณีอาจมีผลต่อเรื่องความคิดและคำพูด นำไปสู่ภาวะที่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder; PTSD) ส่งผลให้เกิดความเครียดฉับพลันและอาจสะสมมาอย่างต่อเนื่อง⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เน้นที่การศึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยึดมั่นในการปฏิบัติตามแผนการในการดูแลตนเอง ในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยงานวิจัยในเชิงทดลองเน้นการให้ความรู้และการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค และมีการติดตามผลของการให้ความรู้เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด แล้วให้แนวทางการปฏิบัติตัวในโปรแกรมการทดลอง โดยการติดตามและการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ 1 ครั้งหลังการสอน 1 สัปดาห์ ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล⁷

จากทฤษฎีการดูแลตนเอง⁸ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรต้องกระทำ มีจุดเน้นที่จำเป็น 3 อย่าง คือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่

จำเป็นเมื่อมีภาวะเป็ยเบนทางด้านสุขภาพ การวิจัยในครั้งนี้จะเน้นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเป็ยเบนทางด้านสุขภาพเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะปอดอักเสบรุนแรง ส่งเสริมโดยการให้สุศึกษา สาธิต การชี้แนะ และการสร้างสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตนเองเป้าหมายสูงสุดของการดูแลตนเอง คือภาวะสุขภาพหรือความผาสุก และลดการสูญเสียทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจของประชาชนและประเทศชาติ⁸

คณะผู้วิจัยเห็นปัญหาข้างต้น ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ โรคปอดและระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคอ้วน และผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือใช้ยากดภูมิคุ้มกัน จึงได้พัฒนาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ระยะฟื้นฟูที่บ้านขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 มีแนวทางการดูแลตนเองเบื้องต้น สามารถประเมินอาการของตนเองได้ ดูแลตัวเอง ขอความช่วยเหลือและสามารถแสดงข้อมูลต่าง ๆ ฟื้นฟูสุขภาพตนเองได้เมื่ออยู่ที่บ้าน และให้ทีมแพทย์ พยาบาลได้ช่วยเหลือผ่านระบบออนไลน์ได้ทันท่วงที ให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองได้

ถูกต้องตามโปรแกรมฯ ดังกล่าว ได้รับการดูแลที่ทันท่วงทีเมื่อเกิดอาการที่อันตรายได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง โดยใช้เทคโนโลยีไร้สาย

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้เทคโนโลยีไร้สาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง⁹ ซึ่งเป็นแนวทางส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพที่ดี โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ฯ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเอง⁹ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ โดยใช้การพยาบาลแบบระบบการสนับสนุนฯ

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมการประเมินความรู้เรื่องโรคโคโรนาไวรัส 2019

ระยะที่ 2 การดำเนินการพยาบาล

2.1 การสนับสนุนในการดูแลตนเอง

- การให้กำลังใจและการให้ความมั่นใจในการดูแลตนเอง
- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังโรคโคโรนาไวรัส 2019

2.2 ชี้แนะในการดูแลตนเอง

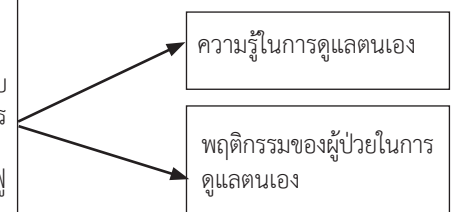
- แนะนำการนำความรู้ในการดูแลตนเองโดยใช้สื่อผ่าน QR Code เรื่อง การดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- แนะนำแหล่งข้อมูล บุคคล สถาบันในการค้นหาความรู้เพิ่มเติม
- แนะนำการใช้อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ ชื่อ "LIS MIND" ซึ่งเป็นเทคโนโลยีไร้สายประกอบด้วยตัวคู่มือการใช้และเครื่องวัดสัญญาณชีพและความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือด และวิธีการนับหายใจ และวิธีการส่งต่อการแจ้งเตือนกรณีสัญญาณชีพผิดปกติ

2.3 สอนและสาธิตการดูแลตนเองหลังจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการฟื้นฟูร่างกายตนเอง

2.4 การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การจัดหาแหล่งสนับสนุนและการจัดบรรยากาศที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง

- ติดตามให้กำลังใจและการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อฯ ขณะอยู่ที่บ้าน โดยติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง และช่องทางกลุ่ม Line Application
- วิเคราะห์และประเมินผลร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนาการใช้โปรแกรมฯ

ระยะที่ 3 การสิ้นสุดการพยาบาล และประเมินผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้ เพื่อรักษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน ในจังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดหลังจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 อยู่ในกลุ่มสี่เหลี่ยมตามการแบ่งความรุนแรงของการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน 148 คน ที่มาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือน 19 สิงหาคม 2565 – 16 สิงหาคม 2566 จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มสี่เหลี่ยม⁹ ที่มีปัญหาการทำงานของปอด กำหนดขนาดตัวอย่างโดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95¹⁰ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 90 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20¹¹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากจังหวัดสุพรรณบุรี หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) โดยวิธีการจับคู่ (matching subject) ด้วยอายุ และลักษณะครอบครัว โดยจัดเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ

- 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป ถึง 70 ปี
- 2) ไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคระบบทางเดินหายใจในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนการติดเชื้อ
- 3) ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์จากค่าสมรรถภาพปอด FEV1 และ FVC (Pulmonary Function Test or Lung Function Test) ด้วยวิธีสไปโรเมตริ (Spirometry) ที่ต่ำกว่าปกติ
- 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย และถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง⁸ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเอง⁸ ประกอบด้วย 1) การสอนให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่บ้าน 2) การชี้แนะให้ข้อมูลตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่บ้าน 3) การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม โดยดำเนินกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง และเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ และลักษณะครอบครัว จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่สร้างขึ้นใหม่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง⁸ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคโคโรนาไวรัส 2019 การป้องกันการแพร่เชื้อ การฟื้นฟูปอด การเลือกอาหารและการฟื้นฟูภูมิคุ้มกันโรค รวมจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–32 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 หมายถึง มีความรู้ในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่บ้านถูกต้อง และคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 75 หมายถึง มีความรู้ในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่บ้านไม่ถูกต้อง

ชุดที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 เมื่ออยู่ที่บ้าน ที่สร้างขึ้นใหม่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง⁸ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อ จำนวน 6 ข้อ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 5 ข้อ 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 5 ข้อ และ 4) พฤติกรรม

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพจำนวน 5 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมจำนวน 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ¹² จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงน้อยที่สุด ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงน้อย ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงปานกลาง ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงมาก และปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน ประยุกต์ใช้เกณฑ์ในงานวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ¹³ ได้แก่ มีความเหมาะสมน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) น้อย (1.51-2.50 คะแนน) ปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) มาก (3.51-4.50 คะแนน) และมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้นำเครื่องมือซึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ฯ และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคติดเชื้อ 1 คน อาจารย์พยาบาลการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อเทคโนโลยี 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ได้ค่าเท่ากับ .88 และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติได้ค่าเท่ากับ .82 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .82 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .79

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

1.1. เสนอแผนและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

1.2. เตรียมผู้วิจัย เพื่อให้เข้าใจวิธีดำเนินการวิจัยการใช้โปรแกรมฯ การใช้คู่มือ สื่อการสอน และการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ฯ และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019

1.3. จัดเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการแนะนำและสาธิตการใช้โปรแกรมฯ

1.4. ดำเนินการเชิญชวนผู้ป่วยผู้ใหญ่กลุ่มสี่เหลี่ยมหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 พร้อมคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ

2. ขั้นตอนการทดลอง โดยผู้วิจัยใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนี้ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ฯ แบ่งออกเป็น 4 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเอง⁸

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1

1. การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมการประเมินความรู้ เรื่องโรคโคโรนาไวรัส 2019 (Pre-test) ใช้เวลา 30 นาที

1.1 การสนับสนุนในการดูแลตนเอง ใช้เวลา 60 นาที

- การให้กำลังใจและการให้ความมั่นใจในการดูแลตนเอง

- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019

1.2 ชี้นำในการดูแลตนเอง ใช้เวลา 90 นาที

- แนะนำการนำความรู้ในการดูแลตนเองไปใช้โดยใช้สื่อผ่าน QR Code เรื่องการดูแลตนเองจากโรคโคโรนาไวรัส 2019

- แนะนำแหล่งข้อมูล บุคคล สถาบันในการค้นหาความรู้เพิ่มเติม

- แนะนำการใช้อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ ชื่อ “LIS MIND” ซึ่งเป็นเทคโนโลยีไร้สายประกอบด้วยคู่มือการใช้และเครื่องวัดความดันโลหิต วัดชีพจร และความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือด และวิธีการนับหายใจ และวิธีการส่งต่อการแจ้งเตือนกรณีสัญญาณชีพผิดปกติให้แก่ทีมผู้วิจัย

- วิธีการใช้อุปกรณ์ไร้สาย ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ต้องใช้พลังงานไฟฟ้า โดยการชาร์ตไฟฟ้าเข้าสู่ระบบเก็บพลังงาน ไม่มีความเสี่ยงในการถูกไฟฟ้าช็อต เปิดเครื่องใช้วัดความดัน ที่กำหนดตามภาพในคู่มือการใช้ และใช้อุปกรณ์หนีบปลายนิ้วมือ เพื่อวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด อุปกรณ์ “LIS MIND” จะแสดงค่าสัญญาณชีพ จำนวนชีพจรใน 1 นาที และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และผู้ป่วยนำไปเปรียบเทียบกับค่าปกติ ถ้าพบความผิดปกติในแง่เจ้าหน้าที่ทางโรงพยาบาลที่เคยนอนพักรักษาตัวเพื่อขอคำแนะนำและความช่วยเหลือทันที

สัปดาห์ที่ 2

2.1 สอนและสาธิตการดูแลตนเองหลังจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการฟื้นฟูร่างกายตนเอง ใช้เวลา 60 นาที

2.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การจัดหาแหล่งสนับสนุน และการจัดบรรยากาศที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 3

3.1 ติดตามให้กำลังใจและการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อฯ ขณะอยู่ที่บ้าน โดยติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง และช่องทางกลุ่ม Line Application ใช้เวลา 30 นาที

3.2 วิเคราะห์และประเมินผลร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนาการใช้โปรแกรมฯ ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 การสิ้นสุดการพยาบาล และ ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำการประเมินผลจากแบบสอบถามหลังการทดลอง เช่นเดียวกับก่อนการทดลอง (post-test) ใช้เวลา 60 นาที

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ดังนี้

3.1 ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถาม

3.2 สรุปผลการดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน 19 สิงหาคม 2565 – 16 สิงหาคม 2566

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความรู้และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนของการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่บ้าน จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยส่งแบบประเมินความรู้ฯ และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติประเมิน (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ได้รับเอกสาร COA No.17/2565 REC No. 16/2565 ผู้วิจัยหลักนายพิศิษฐ์ พลธนะ วิถีทบทวนแบบคณะกรรมการเต็มชุด (Full board) วันที่รับรอง 16 สิงหาคม 2565 วันหมดอายุ 16 สิงหาคม 2566 และดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มที่สมัครใจเข้าร่วม อีกทั้งยังยึดหลักความเป็นธรรมในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีอคติ การบันทึกข้อมูลในการวิจัยจะถูกบันทึกในชุดแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ใส่รหัสของแบบสอบถามไว้ และจะดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล โดยแสดงถึงความเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง จะรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่จะวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวได้ถ้าต้องการ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และในแบบบันทึกข้อมูลไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะระบุเป็นรหัสเพื่อป้องกันการสืบค้นได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 จำแนกตามอายุและลักษณะครอบครัว (n = 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)				
18 – 25 ปี	20	40	12	24
26 – 30 ปี	24	48	21	42
≥ 35 ปี	6	12	17	34
2. ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	13	26	14	28
ครอบครัวขยาย	28	56	22	44
มารดาเลี้ยงเดี่ยว	8	16	9	18
บิดาเลี้ยงเดี่ยว	1	2	5	10

จากตาราง 1 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่ในช่วง 26-30 ปี ร้อยละ 42 และ 48 ตามลำดับ และลักษณะครอบครัว ของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 44 และ 56 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเองก่อนหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ระยะฟื้นฟูที่บ้านและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ป่วยสี่เหลี่ยมในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้เทคโนโลยีไร้สายที่บ้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ ตามปกติ และกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 50)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	SD	t-test	P
กลุ่มควบคุม (n = 50)	5	9	6.39	2.62	10.24	.03*
กลุ่มทดลอง (n = 50)	4	14	10.86	2.14		

*p < .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติ และกลุ่มทดลอง

ที่ได้รับโปรแกรมฯ พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยสี่เหลือในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้เทคโนโลยีไร้สายที่บ้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนและหลังที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 50)

พฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Paired t-test	P-value*
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	2.34	2.14	2.30	2.10	1.024	0.528
หลังการทดลอง	4.73	3.26	2.36	2.12	8.251	0.000*

*p < .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่บ้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยสี่เหลือในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้เทคโนโลยีไร้สายที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลของการที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านของความรู้ในการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของปอดจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ดีกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มทั้งสอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่น แสดงว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 มีผลต่อความรู้ของผู้ป่วย

2. ด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองทุกด้าน ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่น กล่าวได้ว่าเป็นผลมาจากการที่ กลุ่มทดลองได้มีโอกาสในการ

เข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งโปรแกรมนั้นประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมการให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และการพัฒนาความรู้ทักษะของผู้ป่วย ซึ่งความรู้คือจุดเริ่มต้นของความเข้าใจ ในการที่จะส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมและความรู้จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับดูแลตนเองหลังจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 และแนวทางการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีความเข้าใจและได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้การจัดกิจกรรมนั้นได้มีผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน คือ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญระดับวิทยา อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการพูดชักจูง สาธิต ชี้แนะแนวทาง ทั้งยังจัดสภาพแวดล้อมและให้ข้อมูลที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งการที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาและมีความเชื่อถือและการพูดชักจูงนี้จะเป็นการเพิ่มกำลังใจเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์ การเพิ่มกำลังใจและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพปอดในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹³

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการปฏิบัติกาดูแลสุขภาพปอดตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกาดูแลสุขภาพปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ¹⁴ จึงกล่าวได้ว่าการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนที่จะต้องผดุงไว้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้น ให้มีศักยภาพการดูแลตนเองที่มีอยู่แล้วของประชาชนนั้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นโดยการเสนอแนะความรู้และเลือกวิธีฝึกทักษะพฤติกรรมใหม่หรือทางเลือกที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการวิจัยที่ศึกษาด้านการสร้างสื่อออนไลน์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่เรียนรูปแบบออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19¹⁵ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยรัฐและเอกชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่เรียนรูปแบบออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของนวัตกรรมสื่อแอนิเมชันต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กนักเรียนประถมศึกษา¹⁶ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมกาดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมกาดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะจากวิจัย

1. สามารถนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรคติดเชื้อที่มีปัญหาเรื้อรังอื่น ๆ
2. บุคลากรสามารถนำโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยในการป้องกันโรคโควิด-19 หลังได้รับโปรแกรมในระยะยาว เพื่อดูความคงทนของโปรแกรมและประเมินผลการติดเชื้อไวรัส

References

1. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020. (in Thai)
2. Pratipanawat P. Factors of Affecting fatality with COVID-19 patients in Kalasin Hospital. Journal of Health and Environmental Education. 2022; 7(1): 64-71. (in Thai)
3. Ballesterio MFM, & de Oliveira RS. The covid-19 outbreak and pediatric neurosurgery guidelines. Arch Pediatric Neurosurg 2020; 2(1): 53-4.
4. Witoonsakul P, Chaisuwan C, & Rungamornrat S. Factors Influencing Behaviors in Preventing COVID-19 of Teachers and Caregivers in Child Care Centers. Journal of Nursing Science. 2021; 3(9): 41-54. (in Thai)
5. Kunlarat Chamninork, Aree P, & Lamchang S. Related Factors of Maternal Practices for Recurrent Pneumonia Prevention Among Children. Nursing Journal. 2020; 47(1): 77-87. (in Thai)
6. Soontorn K. Factors Associated with Symptoms of COVID-19 Patients in the Huairat Hospital, Buri Ram Province. Medical Journal of Srisaket Surin buriram Hospitals. 2023; 38(1): 21-31. (in Thai)
7. Rerkluenrit J, Panpakdee O, Malathum P, Sandelowski M, & Tanomsup S. Self-care among Thai people with heart failure. Thai Journal of Nursing Research, 2009; 13(1): 43-54. (in Thai)

8. Orem D E, Taylor S G, & Renpenning K M. Nursing: Concepts of practice (6thed.). 2001. St. Louis: Mosby.
9. Department of Health. Separating patients into 3 colors as a quick treatment option and reducing pain. 2023. (in Thai)
10. Faul F, Erdfelder E, Lang, A.G, & Buchner, A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods, 2007; 39(2): 175–91.
11. Polit D F. Statistics and data analysis for nursing research (2nd ed.). United State of America: Edwards Brothers. 2010.
12. Likert R. New Pattern of Management. New York: McGraw – Hill. Lipham, 1961.
13. Best J. W., & Kahn J. V. Research in Education. 9th Edition, Prentice-Hall of India Private Limited, New Delhi. 2003.
14. Changtong K, Narin R, and Aungwattana S. Effects of the Learning Enhancement Program on Knowledge and Caring for Lung in Groups at Risk for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Christian University Journal. 2023; 6(9): 28-42. (in Thai)
15. Panya S, Koomala S, & Khoyun S. The Relationships among Self-Efficacy and Satisfaction of Nursing Students who Received Online Learning in COVID-19 Situations. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2): 141-48. (in Thai)
16. Sanongyard J. The Effects of Animation Innovation toward Knowledge and Self-care Behaviors in Infection Control of Covid 19 of Primary School Children. Journal of Bamrasnaradura Infect. 2024; 8(1): 46-57. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

Development of Nursing Care Model for Open Heart Surgery Patients in Surgical Intensive Care

สมจิตร ยอดระบำ^{*1} อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง² จิดาภา ยอดระบำ³ นิชนันท์ ทองพันธ์¹

Somjit Yodrabum^{*1} Arunrat Yotinwattanabumrung² Jidapa Yodrabum³ Nitchanan Thongpun¹

¹โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80000

¹Maharaj Nakhonsithammarat hospital, Nakhonsithammarat, Thailand 80000

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก
จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80000

²Boromrajonnani College of Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Nakhonsithammarat, Thailand 80000

³สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160

³School of Nursing, Walailak University, Nakhonsithammarat, Thailand, 80160

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล ในการพัฒนารูปแบบตามแบบจำลองของ The Conduct and Utilization of Research in Nursing : CURN model 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาล ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบ ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 20 คน ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและญาติผู้ดูแลกลุ่มละ 32 คน มีระยะเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือนโดยเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้ารับรักษาและวัดผลและวัดผลการพัฒนารูปแบบหลังนำไปปฏิบัติจริง โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาล ประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาล ประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล ผลลัพธ์ทางคลินิกและองค์กร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการศึกษา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจพบว่า 1) ด้านกระบวนการดูแล คือความรู้ การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลและความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นพบว่าพยาบาลมีความรู้หลังอบรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากและมีการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนา ร้อยละ 96.9 2) ด้านคลินิก การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงและการรอดต่อช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้น 3) ด้านองค์กร จำนวนวันนอนลดลงและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากและมีข้อเสนอแนะคือควรมีช่องทางให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ, กระบวนการพยาบาล

Abstract

The research and development aim to develop and study the outcomes of a nursing model for heart surgery patients in the Surgical care unit at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. The model is developed by applying the nursing process framework through four stages: 1) Situational analysis, 2) Nursing model development, 3) Implementation and outcome study of the model, and 4) Outcome evaluation. The sample includes 20 Registered Nurses, 32 heart surgery patients, and 32 caregivers. Data were collected for 3 months, utilizing personal and illness data recording forms, a knowledge assessment form about open-heart surgery nursing, a nurses' opinion survey on the nursing model, a compliance assessment form for the nursing model, a caregivers' satisfaction survey, and a nursing practice manual. The data was analyzed using descriptive and paired t-test.

The study results on the nursing model using the nursing process for heart surgery patients are divided into two phases: preoperative and postoperative care. The nursing interventions are conducted in five steps according to the nursing process framework: 1) assessment 2) nursing diagnosis 3) planning 4) implementation and 5) evaluation. The findings are as follows: 1) Process Aspect: Nurses' knowledge significantly increased after following the model ($p < .05$) and the opinions about the nursing model were satisfied, and the adherence rate to the developed model was 96.9%, 2) Clinical Aspect: The incidence of postoperative complications decreased and the success rate of extubation increased., and 3) Organizational Aspect: The length of hospital stay was reduced, and caregivers' satisfaction was high. And suggested that there should be a channel for consultation when patients are moved out of the intensive care unit.

Keywords : nursing care model, open heart surgery patients, nursing process

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทยและทั่วโลก อุบัติการณ์ขององค์การอนามัยโลก มีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของโลก โดยทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตสูงถึง 17.50 ล้านคนต่อปี คาดปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก¹ ในประเทศไทย พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศปี พ.ศ. 2559-2561 เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 58,681 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน และ ในปี พ.ศ. 2561 อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:1.3 กลุ่มอายุที่ป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ 1) พฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 5.71 เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 12.54) 2) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.79 เบาหวาน (37.77) ไขมันในเส้นเลือดสูง (54.84) และ 3) มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 31.12) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ร้อยละ 21.27)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (heart surgery) ถือเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย ป้องกันการเสียชีวิตกระทันหัน การผ่าตัดมุ่งเน้นแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้ระบบการไหลเวียนและการทำงานของหัวใจดีขึ้น แต่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ต้องทำให้หัวใจของผู้ป่วยหยุดเต้นชั่วคราว โดยการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (cardiopulmonary bypass) เพื่อทำหน้าที่ทดแทนการทำงานของหัวใจและปอดของผู้ป่วยชั่วคราว ลดภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิด ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า สามารถผ่าตัดได้เพียงประมาณ 4,000 กว่ารายต่อปี ทำให้ผู้ป่วยต้องรอผ่าตัดนาน อาจเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด หรือต้องเลื่อนผ่าตัด ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง จำเป็นต้องมีการจัดการและการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ จึงต้องเริ่มตั้งแต่กระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

ก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลต่อเนื่อง ฟันฟูและวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ปัจจุบันระบบการบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งด้านการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการรักษาพยาบาล การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center) การทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิด จึงต้องมีกระบวนการดูแลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยการนำความรู้จากการผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพยาบาล มีการพัฒนาระบบบริการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพมากขึ้น การดูแลสุขภาพต้องอาศัยทีมสุขภาพซึ่งการทำงานเป็นทีม โดยการใช้ความรู้เป็นหลักการพื้นฐานในการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยมีความปลอดภัย² โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยในระยะ 72 ชั่วโมงแรกถือว่าอยู่ในระยะวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด³ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงโดยประเมินสุขภาพแนวทางรักษา และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด⁴ การรวบรวมองค์ความรู้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่น่าเชื่อถือและนำผลงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลสามารถบูรณาการความรู้ร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพทางการพยาบาล⁵ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลครบองค์รวม

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและสามารถผ่าตัดหัวใจเฉลี่ย 13-15 รายต่อ และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดภายหลังผ่าตัด 3 วันแรกในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เมื่ออาการผ่านพ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่ ผู้ป่วยจะย้ายกลับมายังหอผู้ป่วยศัลยกรรมเดิมผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างปลอดภัย พ้นหายโดยเร็วและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย โดยทั่วไปจะได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ภายใน 5-7 วัน ยกเว้นกรณีมีภาวะแทรกซ้อน

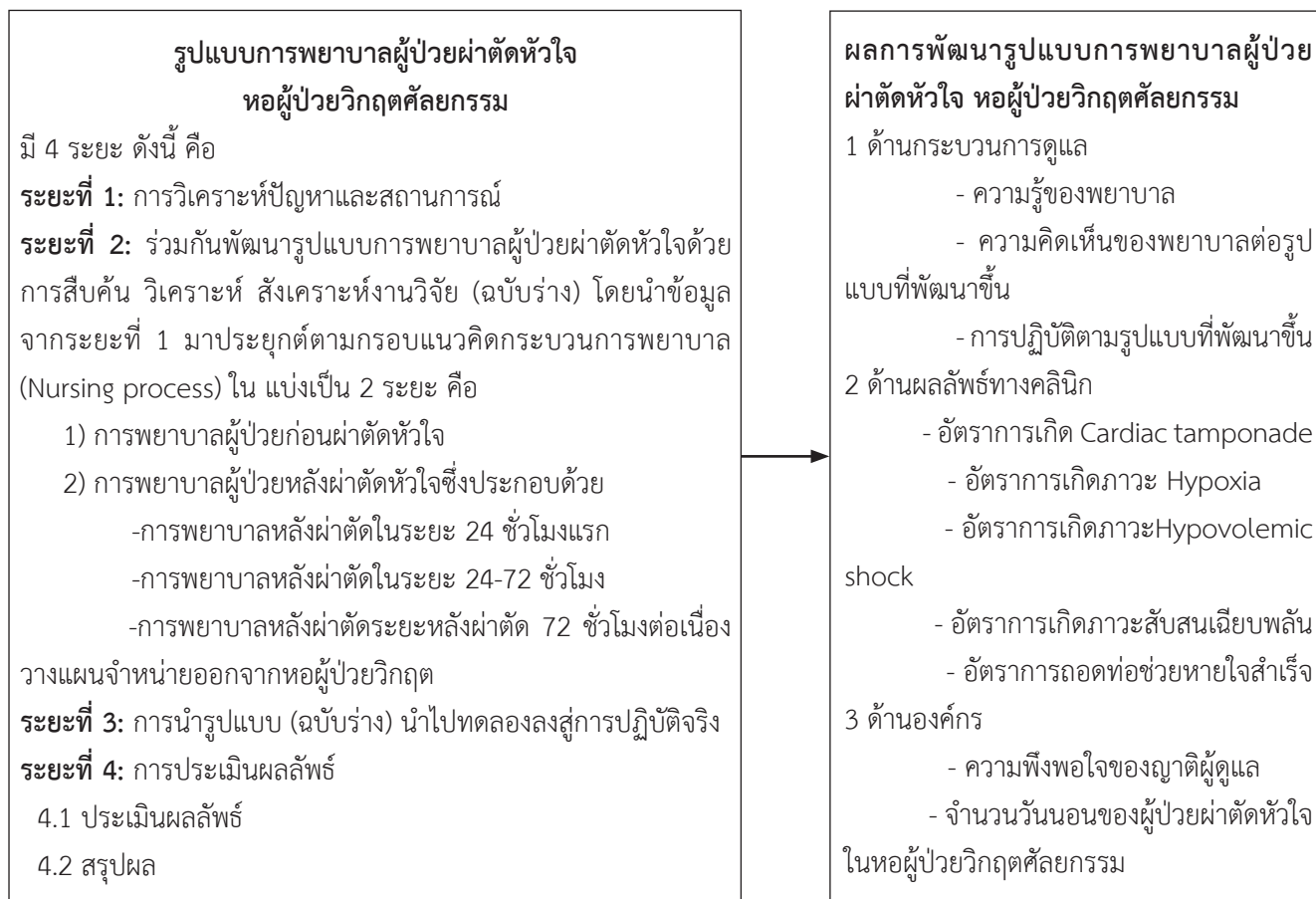
ตัวชี้วัดผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม¹ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 10.14 ,1.37 และ 4.21 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ cardiac tamponade เท่ากับ 1.45, 2.74 และ 3.48 ตามลำดับ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เท่ากับ 8.21 4.35 และ 3.03 ตามลำดับ ภาวะสับสนเฉียบพลัน เท่ากับ 5.48 4.35 และ 3.03 ตามลำดับ และใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ เท่ากับ 4.35 และ 7.27 ตามลำดับ แต่ในปัจจุบันหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมีพยาบาลจบเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพียงร้อยละ 22 ของจำนวนพยาบาลทั้งหมด ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตจึงจำเป็นต้องให้พยาบาลซึ่งไม่จบเฉพาะทางหลอดเลือดหัวใจร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าทีมการพยาบาลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การทำงานไม่ครอบคลุมครบถ้วน ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนเนื่องจากความแตกต่างกันตามประสบการณ์และระยะเวลาการทำงาน ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด⁶ การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ภายหลังผ่าตัด รวมถึงการวางแผนจำหน่ายของในทีมสุขภาพ พร้อมทั้งการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจต่อเนื่องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยยอมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย⁷

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สามารถพ้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็ว ได้รับการดูแลครบองค์รวม โดยพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับพยาบาลพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ตามแบบจำลองของ The Conduct and Utilization of Research in Nursing : CURN model



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาล 3 คน นักกายภาพ 1 คน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ 3 คนและญาติผู้ดูแล 3 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและญาติผู้ดูแลกลุ่มละ 32 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป และไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายก่อนเข้ารับการรักษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบและการประเมินผลหลังการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วย

หลังผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยสืบค้นกลุ่มตัวอย่าง ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการมีส่วนร่วมและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยจึงเริ่มสัมภาษณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จัดทำและนำร่างไปให้ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุง โดยการสนทนากลุ่ม ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน และใช้การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา แล้วสรุปข้อมูลออกมาเป็นการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่พัฒนาขึ้น จากระยะที่ 2 ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พร้อมทั้งมีการประเมินผลความรู้ ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบและความคิดเห็น

หลัง นำรูปแบบไปใช้ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดหัวใจในการปฏิบัติพยาบาลในระยะก่อนถึงหลังผ่าตัด และการให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย พร้อมทั้งการประเมินผลและนำไปพัฒนาต่อเนื่องในระยะที่ 4 ในขั้นตอนนี้เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2.1 รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี กระบวนการพยาบาล (Nursing Process Theory)⁸ ซึ่งครอบคลุมทุกทั้งระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ ระยะหลังผ่าตัดหัวใจ 24 ชั่วโมง ระยะหลังผ่าตัดหัวใจ 24-72 ชั่วโมง และระยะ หลังผ่าตัด หัวใจ 72 ชั่วโมงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม¹³ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมิน สภาพ (A: Assessment) 2) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (D: Nursing diagnosis) 3) การวางแผน การพยาบาล (P: Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (I: Implementation) 5) การประเมินผลลัพธ์ (E: Evaluation) 2.2 แบบประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดหัวใจ และวัดผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแล โดยประเมิน ประเมินความรู้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) โดยค่า IOC เท่ากับ 0.88 ได้ค่าความเชื่อมั่นโดย KR-20 เท่ากับ 0.76 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจไปใช้¹⁴ โดยใช้เกณฑ์ มาตราส่วนการประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบ ลิเคอร์ท (Likert s scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด = 5 คะแนน มาก = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน น้อย = 2 คะแนน และ น้อยที่สุด = 1 คะแนน การแปลคะแนนเฉลี่ย ของความพึงพอใจ แบ่งเป็นระดับ ดังนี้ มากที่สุด หมายถึง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยกับ น้อยที่สุด หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้น การแปลคะแนนค่าเฉลี่ยของระดับ ความคิดเห็นแบ่งเป็นระดับ ดังนี้ 4.51 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 3.51 - 4.50 เห็นด้วยระดับน้อย 1.00 - 1.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุดความคิดเห็นของพยาบาล ต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและการปฏิบัติของ พยาบาลต่อรูปแบบฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูล โดยใช้สถิติ paired t-Test และนำไปพัฒนาต่อเนื่อง ในระยะที่ 4

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ เป็นประเมินผลลัพธ์ หลังจากการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จาก ระยะที่ 3 พร้อมนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาพัฒนา 1) ประชากร และกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ศัลยแพทย์ระบบ

หัวใจและหลอดเลือด 2) พยาบาลวิชาชีพ 3) ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) ประเมินผลลัพธ์หลังจาก การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจด้านคลินิก โดยใช้ แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการทบทวนวรรณกรรม⁹ ผ่านการตรวจสอบความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและ ข้อพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เช่น การ เกิดภาวะหัวใจปับรัด ภาวะเลือดออก ผิดปกติ การเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และจำนวนผู้ป่วยที่รอดต่อช่วยหายใจสำเร็จ 2) แบบประเมิน ความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ¹⁰ จำนวน 13 ข้อ ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านศิลปะการดูแล ด้านคุณภาพการดูแล ด้านความพร้อมในการดูแล ด้าน ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์การดูแล ด้านการดูแลต่อเนื่อง และ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert s scale) 5 ระดับ คือ มาก ที่สุด = 5 คะแนน มาก = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน น้อย = 2 คะแนน และ น้อยที่สุด = 1 คะแนน การแปลคะแนน เฉลี่ยของความพึงพอใจ แบ่งเป็นระดับ ดังนี้ 4.50 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด 3.50 - 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมาก และ 1.00 - 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด การวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ ทางคลินิกโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกจาก การทบทวนวรรณกรรม⁹ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและข้อพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และประเมินจากตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ของหอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การ เกิดภาวะหัวใจปับรัด ภาวะเลือดออกผิดปกติ การเข้า ห้องผ่าตัดซ้ำ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและจำนวนผู้ป่วย ที่รอดต่อช่วยหายใจสำเร็จ 2. ด้านญาติผู้ดูแล ได้แก่ 1) แบบ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล 2) แบบประเมิน ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล จำนวน 13 ข้อ¹⁰ ประกอบไปด้วย

6 ด้านโดยความพึงพอใจในช่วง 4.50 – 5.00 อยู่ในระดับมากที่สุด และ 1.00 – 1.49 อยู่ในระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ทดลองใช้กับกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจจำนวน 3 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 3. ด้านพยาบาล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ประวัติการอบรมเฉพาะทางและสาขาการอบรมเฉพาะทาง 2) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัดหัวใจและระยะหลังผ่าตัดได้แก่ ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ระยะ 24 -72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหัวใจ และระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหัวใจจนวางแผนย้าย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหัวใจ (CCU) ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 รายซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ 72 ชั่วโมงกรณีเตียงเต็ม เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยจะนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้ในงานวิจัยจริง 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำรา หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามแบบปรนัย มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ระดับมาก แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยจะนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้ในงานวิจัยจริง โดยได้ค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 1 4) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจไปใช้ เป็นคำถามจำนวน 10 ข้อ โดย 4.51 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก และ 1.00 - 1.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลได้ทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหัวใจ (CCU) ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 รายซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ 72 ชั่วโมงกรณีเตียงเต็มได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัยที่ 016//2567 เอกสาร

รับรองเลขที่ A012/2567 วันที่รับรอง 8 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 7 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ และ 2) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและการตัดสินใจให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลตลอดจนการวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแลเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ส่วนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาล จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีอายุอยู่ในช่วง 24 - 45 ปี มีอายุเฉลี่ย 36.75 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 35 มีอายุ 45 ปี และมีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอยู่ในช่วง 1 ถึง 19 ปี เฉลี่ย 12.65 ปี โดยที่ร้อยละ 65.7 ผ่านการอบรมเฉพาะทาง และส่วนใหญ่ร้อยละ 56.3 ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดและหัวใจ

ส่วนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.40 มีอายุ 29-73 ปี เฉลี่ย 57.94 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.88 kg/m² ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.5 พบโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40.6, 31.3 และ 31.3 ตามลำดับ มีประวัติได้รับการผ่าตัดเพียงร้อยละ 9.4 ได้รับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดและผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ร้อยละ 3.1 มีประวัติแพ้อาหาร ร้อยละ 31.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 59.4 และนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 78.1 สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคลิ้นหัวใจตีบ/ รั่ว ร้อยละ 75 ผ่าตัดเปลี่ยน/ ซ่อมลิ้นหัวใจ ร้อยละ 75

ส่วนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 มีอายุ 20-60 ปี เฉลี่ย 37.72 ปี ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 12.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.3

ส่วนที่ 4 ผลการพัฒนาด้านกระบวนการ

4.1 ด้านความรู้พยาบาล พบว่า ความรู้ก่อนอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ย

5.83±0.85 อยู่ในระดับน้อยกว่าหลังได้รับการอบรมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 9.44±0.70 อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้จากการอบรมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับการอบรมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (Paired t-test)

ความรู้พยาบาล (N = 18)	M	S.D.	t	p
ก่อนใช้รูปแบบ...	5.83	.85	-11.879	.000
หลังใช้รูปแบบ...	9.44	.70		

*p<.05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับการอบรมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (Paired t-test)

4.2 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจไปใช้ พบว่า ภายหลังจากอบรมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ มีค่าเฉลี่ย 4.47±0.38 อยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจไปใช้

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวม	M	S.D.
	4.47	.38

จากตารางที่ 2 พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลโดยรวมต่อการนำรูปแบบการพยาบาลผ่าตัดหัวใจ ภายหลังจากได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ

5.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจสำเร็จทั้งหมด ไม่เกิดภาวะสับสน ร้อยละ 93.8 และพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพียงร้อยละ 12.5 เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) ปอดติดเชื้อ (pneumonia) และภาวะสับสน (Delirium) ร้อยละ 6.3, 3.1 และ 3.1 ตามลำดับ โดยเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดเดิมของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 1

5.2 ด้านองค์กร พบว่า จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ 4 วัน ร้อยละ 50 ผลความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแยกเป็นรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านศิลปะการดูแล มีค่าเฉลี่ย 3.98±0.29 อยู่ในระดับมาก ด้านคุณภาพการดูแล มีค่าเฉลี่ย 3.87±0.35 อยู่ในระดับมาก ด้านความพร้อมในการดูแล มีค่าเฉลี่ย 3.95±0.29 อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 3.96±0.21 อยู่ในระดับมาก และด้านการดูแลต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 3.92±0.45 อยู่ในระดับมาก โดยภาพรวมทั้ง 6 ด้านมีค่าเฉลี่ย 4.00±0.28 อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแยกเป็นรายด้าน 6 ด้าน

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล	Min	Max	M	S.D.
1. ด้านศิลปะการดูแล	2.50	4.50	3.98	.29
2. ด้านคุณภาพการดูแล	3.00	4.50	3.87	.35
3. ด้านความพร้อมในการดูแล	3.50	5.00	3.95	.29
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.50	4.50	3.96	.21
5. ด้านการดูแลต่อเนื่อง	3.50	4.50	3.92	.25
6. ด้านผลลัพธ์การดูแล	3.00	5.00	4.21	.45
โดยรวมทั้งหมด	3.15	4.69	4.00	.28

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลความพึงพอใจของญาติ ผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจจำแนกเป็นรายด้านทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยด้านผลลัพธ์การดูแล มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด และเมื่อรวมผลความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลทุกด้าน

การอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)⁸ ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 5 ขั้นตอน ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ คู่มือกาปฏิบัติกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่ครอบคลุมทั้ง 2 ระยะ คือ 1) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ และ 2) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ระยะ 24-72 ชั่วโมงและระยะ 72 ชั่วโมงต่อเนื่อง พันฟูและการวางแผนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจ ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะหลังผ่าตัดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก เป็นการประเมินและรับอย่างรวดเร็ (admission quick check) ระยะหลังผ่าตัดหัวใจ 24-72 ชั่วโมง เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบปัญหาอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแล เพื่อให้การพยาบาลครบองค์รวม เน้นการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ และการนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น³ เพื่อนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดและปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ 3 ด้าน 1) ด้านกระบวนการดูแล พบว่า ความรู้พยาบาลหลังการอบรม การใช้รูปแบบการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนอบรมการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ดีต้องให้ความรู้และมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนการดูแลผู้ป่วย

ทำให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลได้¹¹ การปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจได้รับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยครบถ้วนตามแนวปฏิบัติในแต่ละระยะมากกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ดังตารางที่ 2 ด้านความคิดเห็นต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมมากกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นิเทศปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับสูง พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจในระดับมากทุกด้าน¹² 2) ด้านคลินิก พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น อัตราการรอดต่อช่วยหายใจสำเร็จทุกราย 3) ด้านองค์กร พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมากทุกด้าน ดังตารางที่ 3 ส่งผลให้องค์กรมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหน่วยงาน และโรงพยาบาลทำให้ความพึงพอใจจากผู้รับบริการมากขึ้น รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ซึ่งปรับให้เหมาะสมตามบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ครอบคลุมในทุกระยะของการรักษา พัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั้งในระยะวิกฤต ระยะพักฟื้น และการดูแลต่อเนื่อง มีการนิเทศทางการพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวร จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง ปลอดภัยและเกิดความยั่งยืน¹³

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่พัฒนาขึ้น ควรขยายไปสู่หอผู้ป่วยอื่นที่รับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ อย่างเป็นรูปธรรมและครอบคลุมทุกหน่วยงาน
2. ควรมีการนิเทศติดตามผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนิเทศอยู่ในระบบงานประจำ เพื่อเฝ้าติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลสำเร็จใหม่ หรือพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ

References

1. Kunnahong Y, Ua-kit N. The effect of preparatory information program on anxiety in patients undergoing open heart surgery. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2021;28(1): 20-32. (in Thai)
2. Boonyia N. Effects of nursing team development on quality of nursing care in a cardiovascular-thoracic surgical intensive care unit. *Journal of Health Science* 2015;24(5):927-36. (in Thai)
3. Yutthasaen S, Chintapanyakun T, Thikheaw K. Nursing care of patients with open heart surgery in critical period: research utilization to clinical practice. *Journal of The Police Nurses*. 2021;13(2)452-63. (in Thai)
4. Ball L, Costantino F, Pelosi P. Postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery. *Current opinion in critical care*. 2016;22(4):386-92.
5. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 4th ed. Orlando, FL: Grune & Stratton; 2018.
6. Khummou S, Sriwichien K. Development of Preparation and Continuity of Care Model for Open Heart Surgery Patients in Khon Khaen Hospital. *Journal of Health Science* 2021; 30(3):509-20. (in Thai)
7. Jitauraungkoon P, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Tocharoenchok T. Predictors of quality of life during 6-18 weeks among patients with post coronary artery bypass graft. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2017;35(3):106-19. (in Thai)
8. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall A, Ochs G. *Fundamentals of Nursing*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
9. Nakon O, Sindhu S. Symptoms and Functional Status in Patients with Coronary Artery Bypass Grafting: Gender Differences. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2016;34(3):94-105. (in Thai)
10. Wisettharn T, Pukkham K, Yodrbum S. The development of ventilator weaning model in critically ill surgical patients in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2019;30(2):177-96. (in Thai)
11. Hardin SR, Kaplow R. *Cardiac surgery essentials for critical care nursing*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2019.
12. Chomphet P, Khumou S, Klangka P, Normkusol J, Sristaporn U, Thongjam R, et al. The development of a nursing care model for patients undergoing open heart surgery. *Journal of Nursing Science & Health*. 2023;46(3):141-55. (in Thai)
13. Poonpriya R, Ampol O, Wiyo N. The Development of Nursing Services for Patients with Coronary Artery Bypass Graft at Sakon Nakhon Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(2)521-30. (in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

Factors Predicting Colorectal Cancer Screening Behaviors among Thai People in Bangkok

ปานดวงใจ ไทยดำรงเดช* อภิสรา จังพานิช นพัตธร พกษานันตกาล สุดคะนิง ดารานิสร

Parnduangjai Thaidumrongdet* Apisara Jangpanich Naphatthorn Prueksaanantakal Sudkanung Daranisorn

คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรณรงค์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10300

Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok Thailand 103001

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานครอายุ 50-75 ปี จำนวน 553 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งคุกคาม ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81, 0.92, 0.82, 0.85, 0.87, และ 0.93 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.62 มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเพียงพอ โดยร้อยละ 19.89 คัดกรองด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) ทุก 1 ปี และร้อยละ 15.73 ใช้วิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 10 ปี ทั้งนี้พบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรอง โรคมะเร็งมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.09$, $95\%CI = 0.89-1.08$, $p < 0.05$) ผลวิจัยนี้มีความสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความเชื่อทางสุขภาพแก่คนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานครได้

คำสำคัญ: การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

The predictive-correlation study aimed examining factors predictive colorectal cancer screening behaviors among Thai people living in Bangkok Metropolitan. The health belief model was used as a theoretical framework. A sample of 553 participants aged between 50 and 75 years and lived in Bangkok, Thailand, were selected by multi-stage sampling method. The research instruments comprise demographic data, perceived susceptibility to disease, perceived severity of disease, perceived benefit, perceived barriers, perceived threat, cue to action, and behaviors of colorectal cancer screening, which were validated by experts (0.81, 0.92, 0.82, 0.85, 0.87, and 0.93, respectively

Corresponding Author: *Email: parnduangjai@nmu.ac.th

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (Navamindradhiraj University Research Fund)

วันที่รับ (received): 15 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised): 1 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted): 13 ก.ค. 2567

The result revealed that 35.62% of participants exhibited appropriate behaviors for colorectal cancer screening. Including fecal occult blood test (FOBT) and colonoscopy (19.89% and 15.73%, respectively). Furthermore, perceived barriers significantly predicted colorectal cancer screening behaviors (OR = 1.09, 95% CI = 0.89-1.08). Therefore, the result of study is able to be a fundamental data to develop a colorectal cancer screening program among Thai people living in Bangkok Metropolitan. It is important to provide knowledge about colorectal cancer through a factsheet in order to eliminate misunderstand regarding health beliefs on colorectal cancer behaviors among Thai people living in Bangkok Metropolitan.

Keywords: Colorectal cancer screening, Health believe model

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับสามของโลกรองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม¹ โดยในระยะเริ่มแรกของโรคไม่มีการแสดงอาการใด ๆ¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สำหรับประเทศไทยมีอัตราการอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สูงในประเทศแถบเอเชียใต้ และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามและเป็นห้าอันดับแรกของมะเร็งที่พบบ่อยของคนไทย² นอกจากนี้อัตราผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เพิ่มขึ้น 10,000 รายต่อปีและในปี 2025 ประเทศไทยถูกคาดการณ์ว่ามีจำนวนของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่สูงขึ้น²

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการป้องกันและลดอุบัติการณ์โรคมะเร็งดังกล่าว แต่ปัจจุบันพบสถิติการเข้าคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอัตราค่อนข้างต่ำในกลุ่มประเทศยุโรปมีอัตราการคัดกรองเพียง 45% สำหรับประเทศไทยเริ่มโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ปี 2561 โดยกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองเป็นประชากรอายุตั้งแต่ 50 ถึง 70 ปีที่มีภาวะสุขภาพปกติที่อาศัยในเขตสุขภาพที่ 1 ถึงเขตที่ 12 (ยกเว้นเขตที่ 13 กรุงเทพมหานคร) จำนวน 12.9 ล้านคน แต่มีจำนวนการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเพียง 1.4 แสนคน คัดกรองด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพียง 43,211 คนเท่านั้น^{3,4} ซึ่งเป็นอัตราการคัดกรองที่น้อยมาก ซึ่งสามารถนำไปสู่การเพิ่มอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ในอนาคตได้

บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น มีความเชื่อหลัก ๆ 3 ประการ ได้แก่ การรับรู้ส่วน

บุคคล ปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรม และความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือ บุคคลจะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ว่ามี ความรุนแรงของโรคนั้นต่อตนอย่างไร รับรู้ว่าการป้องกันโรคมีประโยชน์ในการป้องกันโรคน้อยเพียงใด รับรู้ต่ออุปสรรคและรับรู้ว่าจะมีบางสิ่งที่เป็นสิ่งที่คุกคาม และมีปัจจัยใดกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค และมีปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นพื้นฐานต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่แตกต่างกันของบุคคล⁷ ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมของคนไทยในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งของคนไทยว่ามีความเชื่อต่อการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างไร

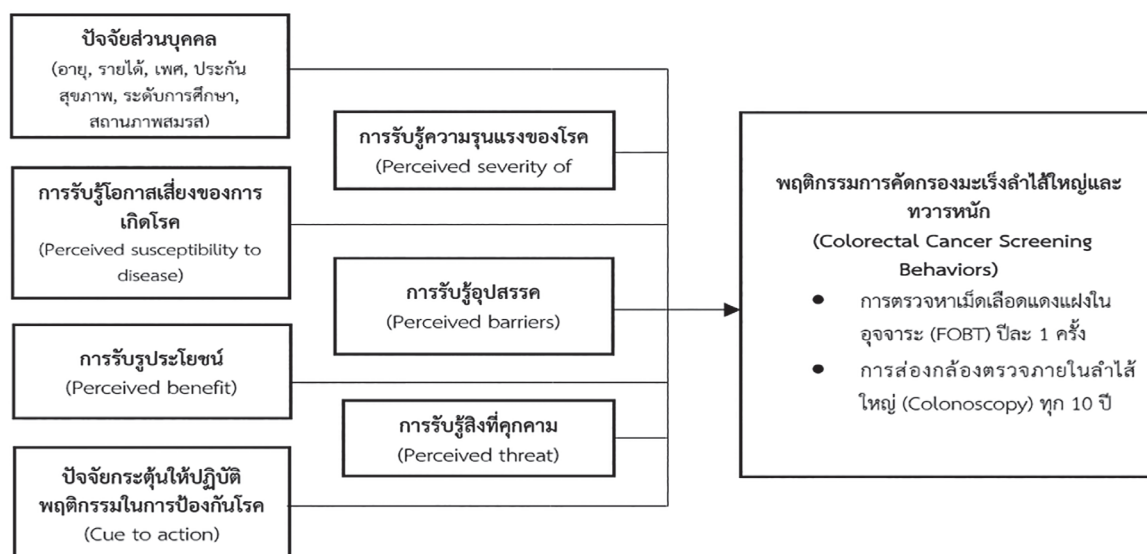
จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไทยพบเพียง 2 งานวิจัยที่รัฐฟลอริดา และรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาเท่านั้น^{5,6} โดยกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่า การตรวจคัดกรองดังกล่าวไม่ เป็นสิ่งจำเป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวของตนเองไม่มีใครเป็นมะเร็ง หากจำเป็นต้องทำการคัดกรองฯ ควรทำในคนที่รับประทานอาหารเผ็ดๆ เท่านั้น และคิดว่าการรับประทานผักทุกวัน ทำให้ปลอดภัยจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ อีกทั้งการไม่แสดงอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความเชื่อภาวะสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องทำการคัดกรองมะเร็งฯ ตลอดจนต้องการทำให้ชีวิตมีความสุข ไม่ยุ่งยากมากปราศจากความกังวลสามารถเป็นปัจจัยที่ไม่ต้องการคัดกรองมะเร็งได้^{5,6} จากงานวิจัยนี้ทำให้ทราบว่าคนไทยยังมีความเชื่อและแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จึงนำไปสู่พฤติกรรม การเข้ารับคัดกรองมะเร็งฯที่ไม่เหมาะสมได้

สำหรับประเทศไทย ไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับ

พฤติกรรมการการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยเขตกรุงเทพมหานคร แม้ว่ามีพบอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงสุดในกลุ่มคนดังกล่าว^{7,8,9} และกลุ่มคนดังกล่าวเพิกเฉย (66.1%) ต่อการคัดกรองมะเร็ง⁹ ในฐานนะทีมผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรของระบบสุขภาพไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่ควรศึกษาพฤติกรรมการการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ของกรุงเทพมหานครในการพัฒนาโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประกันสุขภาพ สถานภาพสมรส การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งกีดขวางของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และปัจจัยกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมในการเข้าร่วมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

การรับรู้ส่วนบุคคล ปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรมและความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานครได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ4 เชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ส่วนบุคคล ปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรม และความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนพฤติกรรมโดยต้องมีความเชื่อของตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ว่าตนเองมีความรุนแรงของโรคนั้นอย่างไร (perceived susceptibility and perceived severity) รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรค (perceived benefits) รับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติ (perceived barriers) และสิ่งคุกคามของการป้องกันโรค (perceived threat) และมีปัจจัยกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค (cue to action) และมีปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ (modifying factors) อาทิ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประกันสุขภาพซึ่งเป็นพื้นฐานเพื่อการป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive-correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คนไทยที่มีอายุ 50-75 ปี ที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ คนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่มีความผิดปกติทางจิต สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมวิจัย คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ผู้วิจัยเริ่มจากสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (สัดส่วน 1:10) จำนวน 5 เขตในกรุงเทพมหานครทั้งชั้นนอก ชั้นกลางและชั้นใน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งจากการสำรวจข้อมูลทะเบียนของคนที่อายุ 50-75 ปี จำนวน 554 คน และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสะดวกวิธี (convenience sampling)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล .03 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .08 และตัวแปรทำนาย 12 ตัว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 461 คน ทั้งนี้ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลรวมทั้งสิ้น 554 คน จากการคำนวณด้วยสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยทั้ง 5 เขต เขตละเท่า ๆ กัน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ เลขที่ KFN-IRB2020-18 ลงวันที่ 3 กันยายน 2563 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ไม่มีค่าใช้จ่าย สิทธิ์ในการร้องเรียนรู้สึกได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม การเก็บรักษาความลับของข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 9 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้นมี 6 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประกันสุขภาพ และสถานภาพสมรส

2. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6. แบบสอบถามการรับรู้สิ่งที่คุกคาม สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

7. แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

8. แบบสอบถามพฤติกรรมการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สร้างขึ้นเองจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการประสบการณ์เข้ารับการตรวจคัดกรองรวมถึงวิธีการที่เลือกในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81, 0.92, 0.82, 0.85, 0.87, และ 0.93 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคำนวณค่าความเที่ยงได้ค่าทดสอบซ้ำ (Test-retest) เท่ากับ 0.98 ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนและผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้วิจัยประสานงานขออนุญาตเก็บรวบรวมกับผู้รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง แนะนำตัวและชี้แจงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลแก่ทีมผู้วิจัย นอกจากนี้เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันของรัฐบาลขณะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงกันยายน 2565 ทั้งหมด 1 ปี 11 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression)¹⁰

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 553 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79) อายุระหว่าง 59-65 ปี (ร้อยละ 59) จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.3) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000-2,000 บาท (ร้อยละ 65.42) มีประกันสุขภาพของรัฐ (ร้อยละ 87.87) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.90)

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักระดับปานกลางร้อยละ 75.87 ($M = 21.67$, $SD = 5.09$) มีการรับรู้ความรุนแรงโรคระดับปานกลางร้อยละ 75.19 ($M = 25.34$, $SD = 7.69$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งอยู่ในระดับมากร้อยละ 55.87 ($M = 40.18$, $SD = 9.19$) และมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งระดับมาก ร้อยละ 68.87 ($M = 39.20$, $SD = 6.02$) ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเป็นสิ่งที่คุกคามอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพระดับมาก ร้อยละ 75.85 ($M = 30.20$, $SD = 3.79$) และมีการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับปานกลางร้อยละ 65.87 ($M = 35.13$, $SD = 6.77$)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ($n = 553$ คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เพียงพอ		
- การตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) ปีละ 1 ครั้ง	110	19.89
- การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 10 ปี	87	15.73
รวม	197	35.62
พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่เพียงพอ		
- การตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT)	289	52.26
- การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)	67	12.12
รวม	356	64.38

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 35.62 โดยร้อยละ 19.89 มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) ทุก 1 ปี และร้อยละ 15.73 ใช้วิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 10 ปี และกลุ่มที่ 2 มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งที่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 64.38 โดยร้อยละ 52.26 ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) ทุก 1 ปี และมีเพียงร้อยละ 12.12 ที่ใช้วิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 10 ปี

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 553 คน)

ปัจจัย	B	SE	df	Odds ratio	(95% CI)	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-0.09	0.03	1	0.78	(0.88-0.99)	0.06
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-0.06	0.03	1	0.93	(0.89-1.07)	0.17
3. การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-0.05	0.04	1	0.78	(0.70-1.02)	0.56
4. การรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-0.01	0.03	1	1.09	(0.89-1.08)	0.01*
5. การรับรู้สิ่งที่คุกคาม	0.07	0.02	1	1.00	(0.80-1.03)	0.96
6. ปัจจัยกระตุ้นการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	0.09	0.03	1	1.01	(0.97-1.05)	0.89
7. อายุ	0.09	0.02	1	1.04	(1.02-1.15)	0.40
8. เพศ	1.02	0.58	1	2.77	(0.89-8.68)	0.08
9. ระดับการศึกษา	0.48	0.37	1	1.62	(0.79-3.35)	0.19
10. รายได้	0.67	0.57	1	1.84	(1.29-2.53)	0.09
11. ประกันสุขภาพ	0.54	0.23	1	1.72	(1.09-2.70)	0.06
12. สถานภาพสมรส	0.84	0.50	1	2.44	(1.11-5.40)	0.06

*P-value < .05

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองโรคมะเร็งฯ โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งมีพฤติกรรมเข้ารับการคัดกรองที่เพียงพออย่างน้อยลงถึง 1.09 เท่า (OR = 1.09, 95%CI = 0.89-1.08) โดยสามารถแสดงสมการทำนาย (logit) ได้ดังนี้

$$\log [BKK_{CAS}] = 1.09_p$$

เมื่อ BKK_{CAS} = พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

P = รับรู้ต่ออุปสรรคในการคัดกรองโรคมะเร็ง

ตารางที่ 3 สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 553 คน)

สาเหตุไม่ปฏิบัติพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	FOBT		Colonoscopy	
	จำนวน	%	จำนวน	%
1. ไม่เคยรู้ว่าต้องมาตรวจ	61	11.03	63	11.39
2. รู้สึกอาย	N/A	-	36	6.51
3. เห็นว่าไม่จำเป็น	76	13.74	89	16.09
4. กลัวพบว่ามะเร็ง	53	9.58	4	0.72
5. ไม่มีคนในบ้านเป็นโรคมะเร็ง	98	17.72	92	16.63
6. ขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณี	N/A	-	N/A	-
7. แพทย์ไม่ได้บอกให้ตรวจ	68	12.30	4	0.72
8. มีค่าใช้จ่ายสูง	N/A	-	79	14.28

N/A = Not application (ไม่ได้ประเมิน)

จากตารางที่ 3 พบว่าสาเหตุที่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีคนในบ้านเป็นโรคมะเร็งและไม่เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) (17.72%, 13.74% ตามลำดับ) สำหรับสาเหตุของการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) คือ เห็นว่าไม่จำเป็นเนื่องจากไม่มีคนในบ้านเป็นโรคมะเร็งและ (16.63%, 16.09% ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มตัวอย่างยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีเพียงร้อยละ 35.62 ที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งที่เพียงพอ แม้ว่าจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าคัดกรองวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) มีเพียงร้อยละ 19.89 ของกลุ่มตัวอย่างเข้าคัดกรองมะเร็ง และมีเพียงร้อยละ 15.73 ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมคัดกรองด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 64.38) อาจเป็นเพราะช่วงเก็บข้อมูลเป็นช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งสถานพยาบาลหยุดให้บริการการคัดกรองและตรวจสุขภาพประจำปี รวมทั้งรัฐประกาศให้ทุกคนอยู่ที่บ้าน หากไม่จำเป็นผู้ป่วยไม่ต้องไปโรงพยาบาลซึ่งการปิดสถานพยาบาลถือเป็นอุปสรรคหนึ่งต่อ

การมีพฤติกรรมเข้ารับการคัดกรองมะเร็งที่ลดลงของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับงานหลายวิจัยที่ระบุว่า การปิดโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักลดลงอย่างมาก และคาดว่าจะมีการเพิ่มอัตราอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขึ้นประมาณร้อยละ 26-29^{11,12} ดังนั้น มีการเตรียมการรับมือการคัดกรองมะเร็งที่พร้อมรับทุกสถานการณ์อาจช่วยลดข้อจำกัดการถึงบริการสุขภาพในยามวิกฤติได้

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของในศึกษานี้ ได้แก่ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองฯ รายได้และสถานภาพสมรสคู่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองฯ จะมีโอกาสมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เพียงพอ น้อยกว่าคนที่ไม่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองฯ ถึง 0.78 เท่า โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ออุปสรรคการคัดกรองฯ รวมถึงการที่ไม่มีคนในบ้านเป็นโรคมะเร็งทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าไม่มีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองใด ๆ อุปสรรคต่อการคัดกรองเหล่านี้เป็นความเชื่อทางสุขภาพของบุคคลที่สามารถหล่อหลอมพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งดังกล่าวได้ สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่เชื่อว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการคัดกรองฯ ของบุคคลเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่¹³⁻¹⁵ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรเพิ่ม

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งดังกล่าวด้วย เพื่อลบความเชื่อที่คลาดเคลื่อนซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานครในอนาคต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งแก่คนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสำหรับบุคคลที่ไม่สามารถไปรับบริการคัดกรองตามปกติได้ เพื่อใช้ในช่วงการระบาดของโรคต่าง ๆ หรือประสบเหตุภัยพิบัติทางธรรมชาติอื่น ๆ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชูติราช

References

1. Lortet-Tieulent J., Georges D., Bray F., & Vaccarella S. Profiling global cancer incidence and mortality by socioeconomic development. *International journal of cancer* 2020, 147(11), 3029-36.
2. Lohsirivat V, Chaisomboon N, Pattana-Arun J. Current colorectal cancer screening. *Annals of Coloproctology* 2020; 36(3): 78-82.
3. Tiankanon K, Aniwan S., & Rerknimitr R. Current status of colorectal cancer and its public health burden in Thailand. *Clinical Endoscopy* 2021; 54(4), 499–504. (in Thai)
4. Rosenstock IM, Becker M, Maiman L. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care* 1975; 13(1): 10-24.
5. Thaidumrongdet P. The lived experience of Thai immigrants who had not been screened for colorectal cancer screening (Doctoral Dissertation). Barry University; 2018.
6. Lee E, Natipagon-Shah B, Sangsanoi-Terkchareon S, Warda US. Lee SY. Factors influencing colorectal cancer screening among Thais in the United states. *Journal of Community Health* 2019; 44(2): 230-7.
7. Kuhuaprema T, Srivatanakul P. Colon and rectum cancer in Thailand: An overview. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2008; 38(4): 237-43.
8. Kuhuaprema et al. Organized colorectal cancer screening in Lampang Province, Thailand: Preliminary results from a pilot implementation program. *British Medical Journal* 2014; 4(1): 1-11.
9. Thanapirom K, Treeprasertsuk S, Rerknimitr R. Awareness of colorectal cancer screening in primary care physicians. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2012; 95(7): 859-65.
10. Thato R. Nursing research: Concepts to application 3th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2018.
11. Kadakuntla A, Wang T, Medgyesy K, Rapi E, Litynski J, Adynski G, Tadros M. Colorectal cancer screening in the COVID-19 era. *World Journal of Gastrointestinal Oncology* 2021; 13(4): 238-51.
12. Harber I, Zeidan D, Aslam MN. Colorectal Cancer Screening: Impact of COVID-19 Pandemic and Possible Consequences. *Life (Basel)* 2021; 11(12): 1-12.

13. Bujang NN, Lee YJ, Mohd-Zain SA, Aris JH, Md-Yusoff FA, Suli Z, Abu-Hassan MR, Bhoo-Pathy N. Factors associated with colorectal cancer screening via immunochemical fecal occult blood test in an average-risk population from a multiethnic, middle-income setting. *Journal of Clinical Oncology*. 2021; 7(1): 333-41.
14. Gu J, Jia S, Chao H, Chen T, Wu X. Predictive factors based on the health belief model on cancer screening behaviour in first degree relatives of patients with Lynch syndrome-associated colorectal cancer. *International Journal of Nursing Sciences* 2023; 10(2):251-7.
15. Poomsanguan K., Prajankett O. Health belief model on pap Smear screening test among reproductive women in raikhing municipality of nakhonpathom province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017; 18(3): 209-16 (in Thai)

การเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Preparation for Surveillance and Prevention the Covid-19 Pandemic of Elementary School, Nakhon Si Thammarat Province

พัชรพร จันทพรหมณ์ สายฝน เอกวารังกูร* นัยนา หนูนิล รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์

Patcharaporn Juntapram Saifon Aekwarangkoon* Naiyana Noonil Rachadaporn Jantasuwarn

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160

Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand 80160

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารสถานศึกษาหรือครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราชเขต 1-4 จำนวน 230 โรงเรียน สุ่มตัวอย่างโรงเรียนแบบชั้นภูมิ เครื่องมือการวิจัยคือ แบบประเมินสถานศึกษาในการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.70 อยู่ในโรงเรียนขนาดเล็ก มีมิติที่สามารถดำเนินการได้มากที่สุดคือมิติที่ 2 การเรียนรู้ มิติที่ 3 การครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส รองลงมา คือ มิติที่ 1 ความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อโรค มิติที่ 5 นโยบาย มิติที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครบทุกโรงเรียน คือ มิติที่ 4 สวัสดิภาพและการคุ้มครอง และมิติที่ 6 การบริหารการเงิน โรงเรียนมีความพร้อมอยู่ในเกณฑ์สีเขียว (สามารถเปิดเรียนได้) ร้อยละ 50.90 อยู่ในเกณฑ์สีเหลือง (สามารถเปิดเรียนได้แต่ต้องดำเนินการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐาน) ร้อยละ 47.80 และอยู่ในเกณฑ์สีแดง (ไม่สามารถเปิดเรียนได้ต้องดำเนินการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐาน/ประเมินตนเองซ้ำ) ร้อยละ 1.30 ตามลำดับ

คำสำคัญ : โรคโควิด 19, การเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวัง, การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค, เด็กวัยเรียน, โรงเรียนประถมศึกษา

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to study the preparation for surveillance and prevention the covid-19 pandemic of elementary school, Nakhon Si Thammarat Province. The sample group was a school administrators or teachers under the Nakhon Si Thammarat Primary Educational Service Area Office 1-4 totaling 230 schools selected by stratified random sampling. The research tool was an assessment form for educational institutions in preparation for surveillance and prevention of the spread of COVID-19, the reliability is 0.80. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation.

Corresponding author: *E-mail saifon.aekwarangkoon@gmail.com

วันที่รับ (received) 25 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 พ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ธ.ค. 2565

The results revealed that 58.70 percent of the sample group were in small schools. The most actionable dimension that school had preparations is the second dimension is learning and the third dimension is the coverage of underprivileged children, followed by the first dimension is the safety from disease transmission and the fifth dimension is policy. The dimension that cannot be implemented in all schools are the fourth dimension is welfare and protection and the sixth dimension is financial management. The overall results showed that the school was in the green criteria (able to open classes) 50.90 percent, the yellow criteria (able to open classes, but need to improve to meet the standards) 47.80 percent and the red criterion (unable to open classes, must improve to meet the standards/repeat self-assessment) 1.30%, respectively

Keywords: COVID-19, preparation for surveillance, Prevention the pandemic, School age children, Elementary school

บทนำ

โรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคระบาดที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2019 ส่งผลกระทบเฉียบพลันและรุนแรงต่อประชาชนทั่วโลก ปี ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ¹ เพื่อยกระดับมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน หยุดการแพร่ระบาดของโรคระลอกใหม่ โดยเฉพาะในวิกฤติกลายพันธุ์ของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นสาเหตุการแพร่กระจายโรคอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัยเรียน พบการติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีร้อยละ 21 ของผู้ติดเชื้อทุกกลุ่มอายุ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2565) ส่งผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัว สถาบันการศึกษา การติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง โดยเฉพาะเด็กประถมศึกษา² ผู้ปกครองร้อยละ 80 วิตกกังวลสูงสุดเกี่ยวกับปัญหาการเงินจากการปิดตัวของธุรกิจต่าง ๆ ภาวะเครียดเพิ่มขึ้นเมื่อถูกคาดหวังให้มีบทบาทหลักในการดูแลการเรียนรู้ของเด็กในขณะที่ไม่สามารถไปโรงเรียนตามปกติ ร้อยละ 7 เกิดความรุนแรงในครอบครัว³ UNESCO รายงานว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้ 191 ประเทศประกาศปิดสถานศึกษา ผู้เรียนกว่าร้อยละ 90 ได้รับผลกระทบ นอกจากนี้ การติดเชื้อในเด็กส่งผลต่อการแพร่ระบาดสู่บุคคลอื่น ๆ อย่างรวดเร็ว (Super spread)⁴ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵

การแพร่ระบาดที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วของโรคโควิด 19 ทำให้หลายพื้นที่ออกมาตรการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 กับประชาชนทุกกลุ่ม ส่งผลให้การ

จัดการเรียนการสอนหยุดชะงัก⁶ กระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ และการออกกลางคัน⁷ นักเรียนจำนวนมากเกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ รวมทั้งความสามารถเข้าถึงอุปกรณ์การเรียนรู้ได้ไม่เท่าเทียมกัน ผลกระทบดังกล่าวทวีความรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส เด็กพิการ เด็กพื้นที่ห่างไกล เด็กที่ถูกบังคับให้โยกย้ายถิ่นฐาน ชนกลุ่มน้อย และเด็กในความดูแลของสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ⁸ ข้อจำกัดและผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยพยายามหาแนวทางเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อให้โรงเรียนสามารถเปิดทำการเรียนการสอนได้ตามปกติ⁷⁻⁸

ประเทศไทยขับเคลื่อนนโยบายการจัดการเรียนการสอนตามปกติเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีทิศทางดีขึ้น การเปิดสถานศึกษาภายหลังปิดเป็นระยะเวลานานมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค⁹ จำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมก่อนและระหว่างเปิดภาคเรียนของสถานศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงร่วมกันกำหนดแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมสำหรับสถานศึกษาผ่านการประเมินความพร้อมของสถานศึกษา ก่อนเปิดภาคเรียนตามกรอบแนวทางการดำเนินงานกับมาตรการป้องกันโรคเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ใน 6 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อโรค มิติที่ 2 การเรียนรู้ มิติที่ 3 การครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส มิติที่ 4 สวัสดิภาพและการคุ้มครอง มิติที่ 5 นโยบาย และมิติที่ 6 การบริหารการเงิน¹⁰ แนวทางดังกล่าวเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการคุ้มครอง

สุขภาพและความปลอดภัยของนักเรียนซึ่งเป็นกลไกนำสู่การเฝ้าระวังและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ¹⁰

โรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช
ปรับการเปิดเรียนและรูปแบบการเรียนการสอนตามมาตรการ
จังหวัดที่ออกประกาศเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของ
โรคอย่างเคร่งครัด โดยต้องผ่านเกณฑ์การประเมินสถาน
ศึกษาและมีมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด¹¹
โดยการติดตามผลการนำแนวทางขับเคลื่อนนโยบายการจัด
การเรียนการสอนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานของประเทศไทย
ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ไปปฏิบัติมี
ความสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
จึงสนใจศึกษาระดับความสามารถในการเตรียมความพร้อม
เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของ
โรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามกรอบ
แนวทางการดำเนินงานกับมาตรการป้องกันโรคเพื่อป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ใน 6 มิติ ความรู้ดังกล่าว
ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการจัดการเฝ้า
ระวังและพัฒนาแนวทางป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 รวมทั้ง
โรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสำหรับเด็กวัยเรียนได้อย่าง
มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถในการเตรียมความพร้อม
เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของ
โรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีความรุนแรงทั่ว
โลกรวมทั้งประเทศไทย^{1,10} การเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวัง
และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในเด็กวัยเรียนซึ่งเป็น
กลุ่มเสี่ยงต่อการควบคุมดูแลตนเอง¹² และก่อให้เกิดการแพร่
ระบาดของโรคสู่บุคคลอื่นได้อย่างรวดเร็ว (Super spread)
มีความจำเป็นเร่งด่วน⁴⁻⁵ การเปิดโรงเรียนส่งผลสำคัญต่อ
การจัดการศึกษาและพัฒนาการเด็ก การเตรียมความพร้อม
เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของ
โรงเรียนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ควบคู่กับใช้มาตรการด้าน
สาธารณสุขและสังคมอย่างเคร่งครัดเป็นสิ่งสำคัญสูงสุด
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานกำหนดให้ทุก
โรงเรียนปฏิบัติเตรียมความพร้อมเฝ้าระวังและป้องกัน

การแพร่ระบาดในโรงเรียนอย่างเคร่งครัดทั้งก่อนและขณะ
เปิดการศึกษา โดยแบ่งเป็น 6 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ความปลอดภัย
จากการลดการแพร่เชื้อโรค มิติที่ 2 การเรียนรู้ มิติที่ 3 การ
ครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส มิติที่ 4 สวัสดิภาพและการคุ้มครอง
มิติที่ 5 นโยบาย และมิติที่ 6 การบริหารการเงิน¹⁰ การดำเนิน
การจัดการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดทั้ง 6 มิติของ
โรงเรียนประถมศึกษาช่วยให้ทุกภาคส่วนเกิดความมั่นใจและ
เกิดศักยภาพในการเฝ้าระวังและลดการแพร่ระบาดของโรคได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ โรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงาน
เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช (สพป.)
เขต 1-4 ประกอบด้วย สพป.นศ. 1 จำนวน 86 โรงเรียน สพป.
นศ. 2 จำนวน 151 โรงเรียน สพป.นศ. 3 จำนวน 190 โรงเรียน
และ สพป.นศ. 4 จำนวน 104 โรงเรียน รวม 531 โรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงเรียนประถมศึกษาสังกัด
สพป.นศ. 1-4 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าการศึกษา
(Inclusion criteria) คือ 1) มีการบริหารจัดการเฝ้าระวัง
และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียนตาม
นโยบายของ สพป. 2) มีผู้บริหารหรือครูที่รับผิดชอบหลักด้าน
การเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาด
โรคโควิด 19 3) ยินดีให้ข้อมูลในการวิจัย และมีคุณสมบัติที่คัด
ออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ 1) อยู่ระหว่างการ
ลา 2) ปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรทาโร่ ยามาเน่¹³
ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม
ตัวอย่างที่ระดับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 228 โรงเรียน
เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีก
ร้อยละ 0.87¹⁴ คือ เพิ่มอีก 2 โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 230 โรงเรียน
ประกอบด้วย เขต 1-2-3-4 จำนวน 37-66-82-45 โรงเรียน
ตามลำดับ ผู้ให้ข้อมูลแต่ละโรงเรียนคือผู้บริหารหรือครูที่รับผิดชอบ
หลักด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการ
แพร่ระบาดของโรคโควิด 19

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random
sampling) คือ แบ่งโรงเรียนสังกัด สพป.นศ. เป็น 4 กลุ่ม
ประกอบด้วย สพป.นศ. 1-4 แบ่งโรงเรียนในแต่ละเขตพื้นที่
ตามขนาดโรงเรียนเล็ก กลาง ใหญ่ คำนวณจำนวนโรงเรียน
ที่ใช้ในการศึกษาจากแต่ละเขตพื้นที่เพื่อให้ได้สัดส่วนจำนวน
และขนาดโรงเรียนกระจายเท่ากัน สุ่มอย่างง่าย (Simple

random sampling) เพื่อให้ได้ตัวแทนโรงเรียนโดยการจับสลากแบบไม่คืนที่ โรงเรียนเลือกผู้บริหารสถานศึกษาหรือครูที่รับผิดชอบหลักด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โรงเรียนละ 1 คน เป็นผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ และตำแหน่งงาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลโรงเรียน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ขนาดของโรงเรียนสังกัดของโรงเรียน ความต้องการในการช่วยเหลือ ปัญหาของนักเรียน ปัจจัยที่มีผลกระทบ การติดเชื้อของนักเรียน และการติดเชื้อของครู

ส่วนที่ 3 แบบประเมินโรงเรียนในการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พัฒนาโดยองค์การเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติและองค์การภาคี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินโรงเรียนในการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้บริหารหรือครูผู้รับผิดชอบงานป้องกันโรคโควิด 19 ของโรงเรียนประถมศึกษา สังกัด สพ.นศ. เขต 1-4 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 โรงเรียนก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ม.วลัยลักษณ์ เลขที่ WUEC-21-143-01 รับรองเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ผลกระทบที่กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย โดยใช้เอกสารชี้แจง แนะนำข้อมูล ตอบข้อซักถาม จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยอย่างอิสระ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัยและจะถูกทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นในระยะเวลา 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูลจากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ถึงผู้อำนวยการ สพ.นศ. เขต 1-4 และผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 โรงเรียน

2. ประสานงานกับผู้บริหารหรือครูที่รับผิดชอบหลักด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 230 โรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือการวิจัย และเนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 โรงเรียนจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ผู้วิจัยจึงใช้การเก็บข้อมูลในลักษณะ google form ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยเองทั้งหมด ทำการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.70 เป็นโรงเรียนขนาดเล็ก รองลงมา คือ ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ร้อยละ 38.70 และ 2.60 ตามลำดับ ผู้รับผิดชอบหลักด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 73.90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 45.30 อายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป (Mean=34.80, SD=1.41, Min-Max=25-60 ปี) ตำแหน่งครูร้อยละ 62.20 ร้อยละ 84.34 ของโรงเรียนต้องการความช่วยเหลือด้านเทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ นักเรียนร้อยละ 90.86 ขาดอุปกรณ์การเรียนออนไลน์ที่บ้าน ปัจจัยที่มีผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 คือความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาร้อยละ 73.04 โรงเรียนร้อยละ 89.60 มีนักเรียนติดโควิด 19 และร้อยละ 59.60 มีบุคลากรหรือครูติดโควิด 19

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการประเมินมิติที่ 1 ความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อโรค (n = 230)

มิติที่ 1 ความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อโรค	ไม่มี (จำนวน)	ร้อยละ	มี (จำนวน)	ร้อยละ
1. มีมาตรการคัดกรองวัดไข้ให้กับนักเรียน ครู และผู้เข้ามาติดต่อทุกคนก่อนเข้าสถานศึกษา	3	1.30	227	98.70
2. มีมาตรการสังเกตอาการเสี่ยงโควิด 19 พร้อมบันทึกผล สำหรับนักเรียน ครู และผู้เข้ามาติดต่อทุกคนก่อนเข้าสถานศึกษา	3	1.30	227	98.70
3. มีนโยบายกำหนดให้นักเรียน ครู และผู้เข้ามาในสถานศึกษา ทุกคนต้องสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	0	0.00	230	100.00
4. มีการจัดเตรียมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยสำรองไว้ ให้กับนักเรียนร้องขอหรือผู้ที่ไม่มีหน้ากากเข้ามาในสถานศึกษา	0	0.00	230	100.00
5. มีจุดล้างมือด้วยสบู่อย่างเพียงพอ	3	1.30	227	98.70
6. มีการจัดวางเจลแอลกอฮอล์สำหรับใช้ทำความสะอาดมือ บริเวณทางเข้าอาคารเรียน หน้าประตูห้องเรียน ทางเข้าโรงอาหารอย่างเพียงพอ	3	1.30	227	98.70
7. มีการจัดโต๊ะเรียน เก้าอี้นักเรียน ที่นั่งในโรงอาหาร ที่นั่งพัก โดยจัดเว้นระยะห่างระหว่างกันอย่างน้อย 1-2 เมตร	3	1.30	227	98.70
8. มีการทำสัญลักษณ์แสดงจุดตำแหน่งชัดเจน ในการจัดเว้นระยะห่างระหว่างกัน	3	1.30	227	98.70
9. กรณีห้องเรียนไม่สามารถจัดเว้นระยะห่างตามที่กำหนดได้ มีการสลับวันเรียนแต่ละชั้นเรียนหรือมีการแบ่งจำนวนนักเรียน และมีรูปแบบการจัดการเรียนการสอน				
9.1 จัดการเรียนการสอนแบบปกติ (On-site)	0	0.00	230	100.00
เนื่องจากมีจำนวนนักเรียนและระยะห่างเป็นไปตามที่หน่วยงานราชการกำหนด				
9.2 จัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (Blended Learning)	230	100.00	0	0.00
10. มีการทำความสะอาดห้องเรียน ห้องต่าง ๆ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนการสอนก่อนและหลังใช้งานทุกครั้ง	0	0.00	230	100.00
11. มีการทำความสะอาดบริเวณจุดสัมผัสเสี่ยงร่วมทุกวัน	3	1.30	227	98.70
12. มีถังขยะแบบมีฝาปิดในห้องเรียน	3	1.30	227	98.70
13. มีการปรับปรุงซ่อมแซมประตู หน้าต่าง พัดลมของห้องเรียน ให้มีสภาพการใช้งานได้ดี สำหรับใช้ปิด-เปิดให้อากาศถ่ายเทสะดวก	21	9.10	209	90.90
14. มีการแบ่งกลุ่มย่อยนักเรียนในห้องเรียนในการทำกิจกรรม	3	1.30	227	98.70
15. มีการปรับลดเวลาในการทำกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ภายหลังการเข้าแถวเคารพธงชาติหน้าเสาธง	24	10.40	206	89.60
16. มีการจัดเหลื่อมเวลาทำกิจกรรมนักเรียน เหลื่อมเวลารับประทานอาหารกลางวัน	18	7.80	212	92.20
17. มีมาตรการให้เว้นระยะห่างการเข้าแถวทำกิจกรรม	33	14.30	197	85.70
18. มีการกำหนดให้ใช้ของใช้ส่วนตัว ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น	9	3.90	221	96.10
19. มีห้องพยาบาลหรือพื้นที่สำหรับแยกผู้มีอาการเสี่ยง ทางระบบทางเดินหายใจ	9	3.90	221	96.10
20. มีนักเรียนแกนนำด้านสุขภาพ จิตอาสา เป็นอาสาสมัคร ในการช่วยดูแลสุขภาพเพื่อนนักเรียนด้วยกันหรือดูแลรุ่นน้อง	6	2.60	224	97.40

จากตารางที่ 1 พบว่า ความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อโรค ทุกโรงเรียนมีนโยบายกำหนดให้ผู้เข้ามาในโรงเรียนทุกคนต้องสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย มีการจัดเตรียมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยสำรองไว้ให้กับนักเรียนที่ร้องขอ

หรือผู้ที่ไม่มีหน้ากากเข้ามาในโรงเรียน มีการทำความสะอาดห้องเรียน ห้องต่าง ๆ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนการสอนก่อนและหลังใช้งานทุกครั้ง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการประเมินมิติที่ 2 การเรียนรู้ (n = 230)

มิติที่ 2 การเรียนรู้	ไม่มี (จำนวน)	ร้อยละ	มี (จำนวน)	ร้อยละ
1. มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์แนะนำการปฏิบัติเพื่อสุขอนามัยที่ดีหรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวกับโรคโควิด 19	29	12.60	201	87.40
2. มีการเตรียมความพร้อมจัดการเรียนการสอนโดยคำนึงถึงการเรียนรู้ตามวัยและสอดคล้องกับพัฒนาการด้านสังคม อารมณ์ และสติปัญญา	0	0.00	230	100.00
3. มีมาตรการกำหนดระยะเวลาในการใช้สื่อออนไลน์ในสถานศึกษาในเด็กเล็ก (ประถม) ไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน เด็กโต (มัธยม) ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน	0	0.00	230	100.00
4. มีการใช้สื่อหรือรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทาง Social media	24	10.40	206	89.60

จากตารางที่ 2 พบว่า ด้านการเรียนรู้ ทุกโรงเรียนมีการเตรียมความพร้อมจัดการเรียนการสอนโดยคำนึงถึงการเรียนรู้ตามวัยและสอดคล้องกับพัฒนาการด้านสังคม อารมณ์ และสติปัญญา และมีมาตรการกำหนดระยะเวลาในการใช้สื่อ

ออนไลน์ในสถานศึกษาในเด็กเล็ก (ประถม) ไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน เด็กโต (มัธยม) ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน ข้อที่ดำเนินการได้น้อยที่สุด คือ มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์แนะนำการปฏิบัติเพื่อสุขอนามัยที่ดีหรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ร้อยละ 87.40

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการประเมินมิติที่ 3 การครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส (n = 230)

มิติที่ 3 การครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส	ไม่มี (จำนวน)	ร้อยละ	มี (จำนวน)	ร้อยละ
1. มีการเตรียมหน้ากากผ้าสำรอง	9	3.90	221	96.10
2. มีการปรับปรุงแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับบริบทการเข้าถึงการเรียนรู้ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19	0	0.00	230	100.0
3. มีมาตรการส่งเสริมให้นักเรียนได้รับการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึง	0	0.00	230	100.00
4. มีมาตรการการทำความสะอาดและจัดสภาพแวดล้อมที่พักผ่อนนอนให้ถูกสุขลักษณะ พร้อมมีตารางเวรทุกวัน	0	0.00	230	100.00
5. มีมาตรการทำความสะอาดและจัดสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับข้อบัญญัติการปฏิบัติด้านศาสนกิจ พร้อมมีตารางเวรทุกวัน	12	5.20	218	94.80
6. มีมาตรการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการการเรียนรู้ ด้านพฤติกรรมอารมณ์ ภาวะสมาธิสั้น และเด็กออทิสติกที่สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติ	15	6.50	215	93.50

จากตารางที่ 3 พบว่าด้านการครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส ทุกโรงเรียนมีปรับรูปแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับบริบทการเข้าถึงการเรียนรู้ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 มีมาตรการส่งเสริมให้นักเรียนได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึง มีมาตรการทำความสะอาดและจัดสภาพ

แวดล้อมที่พักเรือนนอนให้ถูกสุขลักษณะพร้อมมีตารางเวรทุกวัน ข้อที่ดำเนินการได้น้อยที่สุด คือ มีมาตรการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการ การเรียนรู้ ด้านพฤติกรรม อารมณ์ ภาวะสมาธิสั้นและเด็กออทิสติกที่สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติ ร้อยละ 93.50

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการประเมินมิติที่ 4 สวัสดิภาพและการคุ้มครอง (n = 230)

มิติที่ 4 สวัสดิภาพและการคุ้มครอง	ไม่มี (จำนวน)	ร้อยละ	มี (จำนวน)	ร้อยละ
1. มีการจัดเตรียมแผนรองรับการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนป่วย กักตัวหรือกรณีปิดเรียน	9	3.90	221	96.10
2. มีการจัดเตรียมแนวปฏิบัติการสื่อสารเพื่อลดการรังเกียจและตีตราทางสังคม (Social stigma)	6	2.60	224	97.40
3. มีการจัดเตรียมแนวปฏิบัติด้านการจัดการความเครียดของครูและบุคลากรของสถานศึกษา	12	5.20	218	94.80
4. มีการตรวจสอบประวัติเสี่ยงของนักเรียนและบุคลากร ตรวจสอบเรื่องการกักตัวให้ครบ 14 วัน ก่อนมาทำการเรียนการสอนตามปกติ และทุกวันเปิดเรียน	15	6.50	215	93.50
5. มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติตามระเบียบสำหรับนักเรียน ครู และบุคลากรที่สงสัยติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคโควิด 19 โดยไม่ถือเป็นวันลาหรือวันหยุดเรียน	6	2.60	224	97.40

จากตารางที่ 4 พบว่า ด้านสวัสดิภาพและการคุ้มครอง ข้อที่โรงเรียนสามารถดำเนินการได้มากที่สุด คือ มีการจัดเตรียมแนวปฏิบัติการสื่อสารเพื่อลดการรังเกียจและตีตราทางสังคม (Social stigma) และมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติตามระเบียบสำหรับนักเรียน ครู และบุคลากรที่สงสัยติดเชื้อหรือ

ป่วยด้วยโรคโควิด 19 โดยไม่ถือเป็นวันลาหรือวันหยุดเรียน ร้อยละ 97.40 ข้อที่โรงเรียนดำเนินการน้อยที่สุด คือ มีการตรวจสอบประวัติเสี่ยงของนักเรียนและบุคลากร ตรวจสอบเรื่องการกักตัวให้ครบ 14 วัน ก่อนมาทำการเรียนการสอนตามปกติ และทุกวันเปิดเรียน ร้อยละ 93.50

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการประเมินมิติที่ 5 นโยบาย (n = 230)

มิติที่ 5 นโยบาย	ไม่มี (จำนวน)	ร้อยละ	มี (จำนวน)	ร้อยละ
1. มีการประชาสัมพันธ์ความรู้การป้องกันโรคโควิด 19 แก่นักเรียน ครู บุคลากร และผู้ปกครอง โดยประชุมชี้แจงหรือผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนหรือวันแรกของการเปิดเรียน	9	3.90	221	96.10
2. มีนโยบายและแนวทางป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียนอย่างเป็นลายลักษณ์หรือมีหลักฐานชัดเจน	0	0.00	230	100.0
3. มีการประชุมคณะกรรมการสถานศึกษา	3	1.30	227	98.70
4. มีการแต่งตั้งคณะทำงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	3	1.30	227	98.70
5. มีมาตรการจัดการความสะอาดบนรถรับ-ส่งนักเรียน เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล จัดที่นั่งบนรถหรือมีสัญลักษณ์จุดตำแหน่งชัดเจน (กรณีมีรถรับส่ง)	6	2.60	224	97.40

จากตารางที่ 5 พบว่า นโยบาย ทุกโรงเรียนมีนโยบาย และแนวทางป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียน อย่างเป็นลายลักษณ์หรือมีหลักฐานชัดเจน ข้อที่สามารถดำเนินการน้อยที่สุด คือ การประชาสัมพันธ์ความรู้การป้องกันโรคโควิด

19 แก่นักเรียน ครู บุคลากร และผู้ปกครอง โดยประชุมชี้แจง หรือผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนหรือวันแรกของการเปิดเรียน ร้อยละ 96.10

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการประเมินมิติที่ 6 การบริหารการเงิน (n = 230)

มิติที่ 6 การบริหารการเงิน	ไม่มี (จำนวน)	ร้อยละ	มี (จำนวน)	ร้อยละ
1. มีแผนการใช้งบประมาณในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตามความจำเป็นและเหมาะสม	30	13.00	200	87.00
2. มีการจัดหาซื้อวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน	9	3.90	221	96.10
3. มีการประสานแสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กร หรือเอกชน เพื่อดำเนินกิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	3	1.30	227	98.70
4. มีการจัดหาบุคลากรเพิ่มเติมในการดูแลนักเรียน และการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน	33	14.30	197	85.70

จากตารางที่ 6 พบว่า ด้านการบริหารการเงิน โรงเรียนมีการประสานแสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กร หรือเอกชน เพื่อดำเนินกิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาด

ของโรคโควิด 19 มากที่สุดร้อยละ 98.70 ข้อที่ดำเนินการน้อยที่สุด คือ มีการจัดหาบุคลากรเพิ่มเติมในการดูแลนักเรียน และการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ร้อยละ 85.70

ตารางที่ 7 ผลการประเมินความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียน (n = 230)

ผลการประเมินโรงเรียน	(จำนวน)	ร้อยละ
สีแดง (ไม่สามารถเปิดเรียน ได้ต้องดำเนินการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดและ/หรือประเมินตนเองซ้ำ)	3	1.30
สีเหลือง (สามารถเปิดเรียนได้ แต่ต้องดำเนินการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด)	110	47.80
สีเขียว (สามารถเปิดเรียนได้)	117	50.90

ตารางที่ 7 พบว่า ผลการประเมินความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าโรงเรียน ร้อยละ 50.90 มีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์สีเขียว (สามารถเปิดเรียนได้) รองลงมาอยู่ในเกณฑ์สีเหลือง (สามารถเปิดเรียนได้แต่ต้องดำเนินการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด) และเกณฑ์สีแดง (ไม่สามารถเปิดเรียนได้ ต้องดำเนินการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดและ/หรือประเมินตนเองซ้ำ) ร้อยละ 47.80 และ 1.30 ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าโรงเรียนร้อยละ 50.90 มีความพร้อมในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ในเกณฑ์สีเขียว คือ สามารถเปิดเรียนได้ สะท้อนให้เห็นว่า แม้จะมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายและมาตรการเตรียมความพร้อมของโรงเรียน ก่อนเปิดภาคเรียน แต่ด้วยหน้าที่ที่ต้องอาศัยรายละเอียด และความรัดกุม การนำมาตราการสู่การปฏิบัติอาจเป็นเรื่องยาก

ต้องการการสนับสนุนใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การบริหารโรงเรียนภายใต้ฐานวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์โรคโควิด 19 ทั้งก่อนและขณะเปิดเรียนต้องอาศัยการจัดการที่ยั่งยืนซับซ้อนและคำนึงถึงผลกระทบอย่างรอบด้าน ต้องอาศัยการสนับสนุนอย่างใกล้ชิด ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.70 เป็นโรงเรียนขนาดเล็กซึ่งมีความจำกัดด้านทรัพยากร เงื่อนไขดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถในการเตรียมความพร้อมของโรงเรียน¹⁵

เมื่อพิจารณาการดำเนินงานแต่ละมิติพบว่า โรงเรียนสามารถดำเนินการได้มากที่สุด ในมิติที่ 2 การเรียนรู้ มิติที่ 3 การครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส รองลงมา คือ มิติที่ 1 ความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อโรค และมิติที่ 5 นโยบาย เนื่องจากทุกโรงเรียนต้องรับและขับเคลื่อนนโยบายสู่ การปฏิบัติที่มุ่งเน้นบทบาทหลักด้านการจัดการเรียนรู้ที่คำนึง ถึงความเท่าเทียมครอบคลุมนักเรียนกลุ่มด้อยโอกาส ภายใต้ ความปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยมิติที่ 2 การเรียนรู้พบว่าทุกโรงเรียนเตรียมความพร้อมจัดการเรียน การสอนโดยคำนึงถึงการเรียนรู้ตามวัยและสอดคล้องกับ พัฒนาการด้านสังคม อารมณ์ สติปัญญา และมีมาตรการ กำหนดระยะเวลาในการใช้สื่อออนไลน์ในสถานศึกษาในเด็กเล็ก ไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน เด็กโตไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน เนื่องจาก สถานการณ์โควิด 19 ครูและนักเรียนไม่สามารถเรียนรู้ร่วมกัน ได้โดยตรงร่วมกับมีข้อจำกัดด้านสื่อเทคโนโลยี โรงเรียนจึงให้ ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและความสามารถมีสมาธิ จดจ่อกับการเรียนออนไลน์ตามพัฒนาการของนักเรียนแต่ละ ช่วงชั้นเพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องภายใต้ข้อจำกัด

สำหรับมิติที่ 5 ทุกโรงเรียนมีนโยบายและแนวทาง ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างเป็นลายลักษณ์ หรือมีหลักฐานชัดเจน สอดคล้องกับแนวทางส่งเสริมการดำเนินงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชภายใต้ สถานการณ์แพร่ระบาดที่รุนแรง จึงออกประกาศมาตรการเฝ้า ระวัง ป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีมาตรการ ควบคุมให้โรงเรียนปิดการเรียนการสอน ช่วงสถานการณ์ คลี่คลาย กำหนดให้จัดกิจกรรมได้ตามความพร้อมเฉพาะ บางช่วงชั้น โดยต้องผ่านเกณฑ์การประเมินสถานศึกษา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้บริหารสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา และผู้เกี่ยวข้องควรพิจารณาเพิ่มการ

สนับสนุนและติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดกับโรงเรียนขนาดเล็ก ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรกำลังคน อุปกรณ์การเรียน การสอน งบประมาณ และการบริหารจัดการทรัพยากร

2. ผู้รับผิดชอบของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษา บุคลากรสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องควรสื่อสาร แนวคิด รูปแบบการปฏิบัติ รวมทั้งติดตามสนับสนุนให้ผู้รับ ผิดชอบหลักและผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียนสามารถปรับปรุงและ ขับเคลื่อนการดำเนินงานครอบคลุมแต่ละข้อใน 6 มิติให้เข้า ไปตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อให้การจัดการเฝ้าระวังและ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผ่านเกณฑ์ในระดับที่ สามารถเปิดเรียนและจัดการเรียนการสอนได้ โดยเฉพาะ ในมิติที่ 6 การบริหารการเงิน และมิติที่ 4 สวัสดิภาพและ การคุ้มครอง

3. นักวิจัยควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัย และพัฒนา การวิจัยประเมินผล หรือพัฒนาแนวปฏิบัติที่ สอดคล้องกับบริบท สภาพปัญหา และความต้องการที่มีความ เฉพาะเจาะจงกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวังและ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงเรียนประถมศึกษา

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยในครั้งนี้นี้พัฒนาเป็นโปรแกรมหรือ แนวทางปฏิบัติในการควบคุมดูแลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19

2. ทำวิจัยในเชิงทดลองเพื่อหาผลของกลุ่มเปรียบเทียบที่มีการเตรียมความพร้อมกับกลุ่มควบคุมเพื่อนำผลมา พัฒนาต่อไป

References

1. Komanee N, The Role of Outpatient Nurses in the Prevention and Control of COVID-19 Transmission, Siriraj Hospital, HCU Journal. 2022 26(1):117-28. (in Thai).
2. Department of Health: Ministry of Public Health. Guidelines for improving safety, ensuring hygiene without COVID-19, a new wave in educational institutions. Bangkok: Agricultural Cooperative Society of Thailand Co., Ltd. Printing House; 2021. (In Thai).

3. Thansap Y. Relationships between mothers' perceptions and childcare behaviors for prevention coronavirus disease (COVID-19) in school-aged children. (thesis). Nakhon Ratchasima: Boromrajonani College of Nursing; 2020. (In Thai).
4. Wipulakorn P. Practical Guide for Early Childhood Development Centers in preventing the spread of COVID-19. Bangkok : Office of Printing Works of the War Veterans Organization in royal patronage; 2020. (In Thai).
5. Luemongkol R. Stress from Online Learning during COVID-19 Pandemic: A Case Study in High School Students from Khonsawan School, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province. Regional Health Promotion Center 9. 2022; 16(3):772-83. (In Thai).
6. Anuyan S. The future of education : An impact of COVID-19 pandemic crisis. Journal of Education Loei Rajabhat University. 2022; 14(2):14-25. (In Thai).
7. Nasueb S. Review of the Economic and Social Impact of the COVID-19 Outbreak at the world level and in Thailand. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. 2021. (In Thai).
8. Somjettana M., Amornsiriphong S. The Implementation of Thailand's Basic Education Institutional Policy During The Coronavirus Disease Pandemic (COVID-19). Silpakorn Educational Research Journal. 2021 ;13(2):443-60. (In Thai).
9. Kanchanaphimai S. Practical Guide for Educational Institutions. Nonthaburi : Q Advertising Co., Ltd; 2020. (In Thai).
10. Department of Health: Ministry of Public Health. Practical Guide for Educational Institutions in preventing the spread of COVID-19. Nonthaburi: Q Advertising Co., Ltd; 2020. (In Thai).
11. Saritsiri S. Coronavirus Disease Control 2019 with Community Quarantine Model Clean Community Anti Covid 2019; CCA Case Study of a Slum Community in Thaweewatthana, Bangkok. Institute for Urban disease control and prevention journal. 2021 ;6(1):52-174.
12. Royal College of Pediatricians of Thailand. Introduction to the care of COVID-19 in pediatric patients younger than 15 years (COVID-19 Interim Guidance: Management of Children with COVID-19). 2021
13. Yamane, Taro. (1973). Introductory Analysis. 3rded. Tokyo: Harper International edition.
14. Srisaard B. Preliminary research. 10th ed. Bangkok: Suwiriyasan; 2017. (In Thai).
15. Pawangkarnan T. Education Administration in the COVID-19 Outbreak Situation in the New Normal Living. Journal of Bovorn Multi-Education and Human Social Sciences. 2021 ;2(2):25-32. (In Thai).
16. Butmi S., Ouppinjai S., Tunkaew S. The Guidelines for Supervision Administration on New Normal Education of Ban Wiang Phan School Under Chiang Rai Primary Educational Service Area Office 3. Journal of Development Studies. 2020 ; 3(1):1-15. (In Thai).
17. Sookong T, Srisukvatananan P. A Study of Learning and Teaching Management During The COVID-19 Pandemic and The COVID-19 Relief of Phra Nakhon Si Ayutthaya Special Education Center. Journal of Research and Development in Special Education. 2021; 10(2):93-108. (In Thai).
18. Boomsorn J. Readiness for School Opening in Outbreak of Coronavirus Disease 2019 for Wang Saphung Municipal School 1, Wang Saphung Municipality, Loei Province. Silpakorn Educational Research Journal. 2021 Apr 20;1(1):9-16. (In Thai).
19. Jintana Artsanthia, Nanita Pitplearn, Numpueng Prachyakoon. Direction of Health Care in Pandemic of Corona Virus 2019 in New Normal of Community Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022 Jan – Apr ;23(1):57-64. (In Thai).



คำแนะนำการเตรียม และส่งต้นฉบับวารสารพยาบาลทหารบก

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอเชิญชวนพยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักการศึกษา สาขาต่าง ๆ ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยทางพยาบาลเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ เช่น วารสาร เอกสารประกอบการประชุม เป็นต้น หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่น ซึ่งต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินก่อนตีพิมพ์ โดยพิจารณากลั่นกรอง (external and internal reviewers) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายนอกและภายในที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลโดยเฉพาะมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญงานในสาขาต่าง ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน

ถ้าผู้เขียนบทความไม่แก้ไขบทความหรือทางกองบรรณาธิการไม่ได้รับการประสานใดๆ ทางวารสารจะขอสงวนสิทธิ์การส่งบทความของผู้เขียนบทความทุกคนลงวารสารพยาบาลทหารบกในครั้งต่อไป ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการทางการพยาบาล
2. บทความวิจัยทางการพยาบาล
3. บทความพิเศษ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้ารวมเอกสารอ้างอิง
2. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
3. ชื่อเรื่อง ผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ 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 และข้อมูลของผู้วิจัยเรียงตามลำดับ ดังนี้
 - 2.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
 - 2.2 ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ
 - 2.3 ชื่อ-สกุลผู้วิจัยทุกท่าน ตำแหน่ง ที่อยู่ อย่างละเอียดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.4 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
 - 2.5 หน่วยงานที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัย (ถ้ามี) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. การเขียนบทคัดย่อ

3.1 กำหนดให้เขียนบทความคัดย่อ ทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

3.2 รูปแบบการเขียนบทคัดย่อ เรียงตามลำดับ ดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และคำสำคัญ

บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ) และคำสำคัญ

4. รูปแบบการเขียนเนื้อหาในบทความวิจัย กำหนดดังนี้

4.1 บทนำ

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

4.3 สมมติฐาน (ถ้ามี)

4.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี)

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย

4.6 เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

4.7 ผลการวิจัย

4.8 สรุปและอภิปราย

4.9 ข้อเสนอแนะ

4.10 เอกสารอ้างอิง

5. เอกสารอ้างอิง โดยการอ้างอิง ใช้ระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver Style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา และควรอ้างอิงบทความวิชาการ บทความวิจัย จากวารสารทั้งไทยและต่างประเทศ และปรับเป็น ภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเป็นเอกสารอ้างอิงเป็น

ภาษาไทยปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายประโยคว่า (in Thai)

6. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยแก้ไขตาม ข้อเสนอที่คณะกรรมการกลั่นกรองพิจารณาตามขั้นตอน ของบรรณาธิการวารสารเรียบร้อยแล้ว และท่านจะได้รับ หนังสือตอบรับการตีพิมพ์

7. ถ้าผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยไม่ได้รับคำ ยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทาง บก. ขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสาร พยาบาลทหารบกในครั้งต่อไป

การส่งบทความ

1. บทความต้นฉบับ ส่งต้นฉบับพร้อม ทั้งแจ้งชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail ของ ผู้เขียนที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่บรรณาธิการวารสาร พยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com หรือ Line id : saisamornrc

2. เมื่อได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่า บทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร จึง สามารถ Submission บทความลงในระบบได้ <http://thaijo.org/index.php/JRTAN>

3. ชำระค่าตีพิมพ์ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหาร ไทยธนชาต ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก หมายเลข บัญชี 038-7-31946-0 ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอน เงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ

บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

Line id : saisamornrc

โทร. 081-345-5771

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวารสารพยาบาลทหารบก

ระยะขอบ 2.54 เซนติเมตร

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5

} เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK (ตัวหนา) 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
.				(ไม่ใช่ <.05)
.				

สรุปและอภิปราย (เนื้อหา).....

ข้อเสนอแนะ (เนื้อหา).....

เอกสารอ้างอิง

ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

- เรียงลำดับของเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่อนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความด้วย 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)

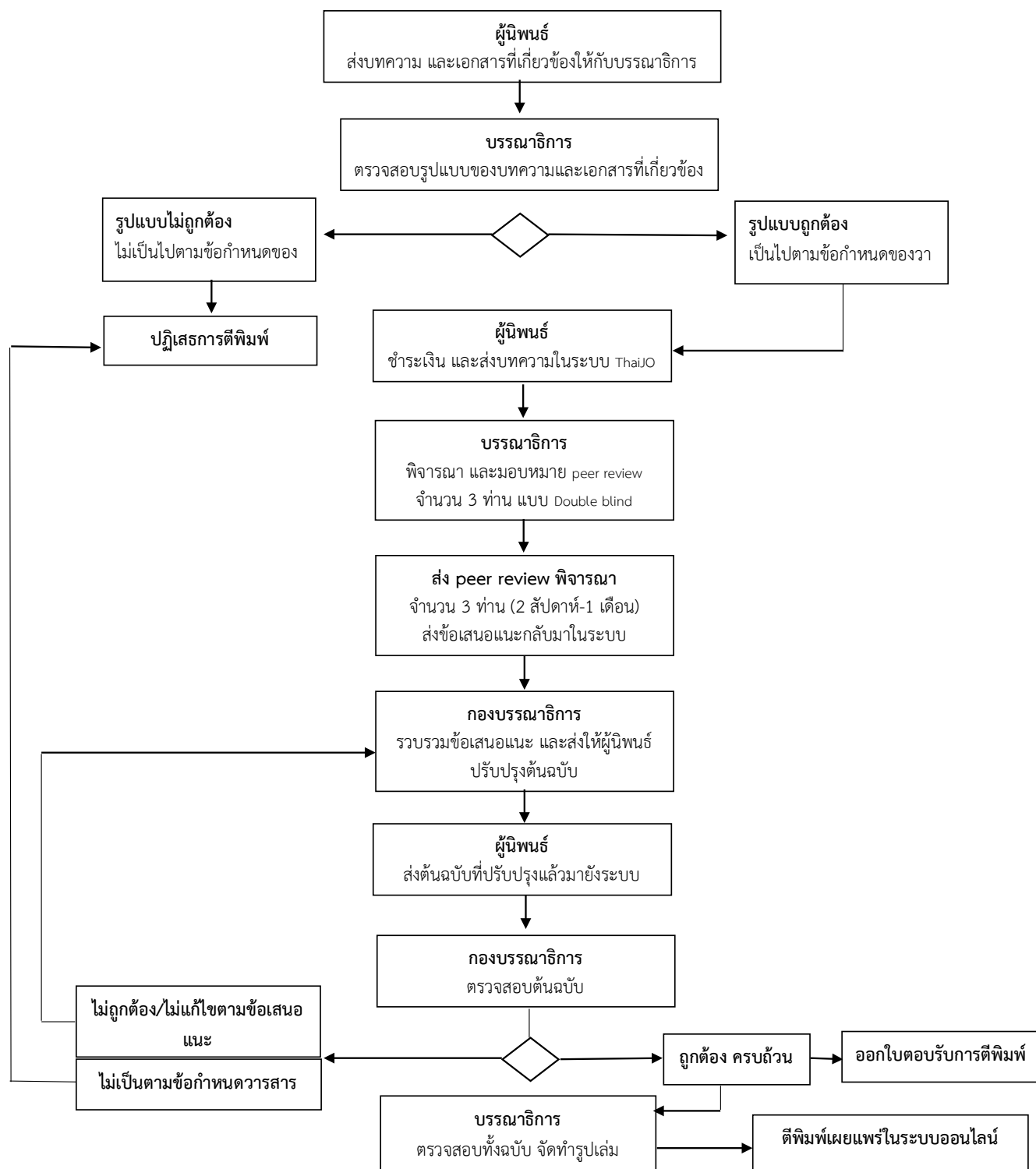
วิทยานิพนธ์/คุชฎินิพนธ์

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.....
 - ในกรณีที่ผู้เขียนกำลังศึกษาในระดับดุขฎิบัณฑิต/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
(กรณีดุขฎิบัณฑิต/วิทยานิพนธ์) พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)
 - ☐ (สำหรับงานวิจัย) ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
(โปรดแนบ สำเนา 1 ชุด)
 - ☐ ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด
 - ☐ จำนวนผู้นิพนธ์ บทความวิชาการ ไม่เกิน 3 คน และบทความวิจัย ไม่เกิน 5 คน
5. ข้าพเจ้าขอยินยอมว่า บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาลทหารบก ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลทหารบกโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (ดุขฎิบัณฑิต/วิทยานิพนธ์)
ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้อง
ตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ.....
(.....)
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย
วารสารพยาบาลทหารบก

ชื่อ - นามสกุล
ที่อยู่

เบอร์โทรศัพท์ E-mail :

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย ดังนี้

- ☐ ตีพิมพ์ภาษาไทย เป็นเงิน 5,000 บาท
☐ ตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 7,000 บาท

หมายเหตุ

- ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เรียกเก็บเมื่อบทความของท่านได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่าบทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร และสามารถ Submission บทความลงในระบบได้
- กรณีชำระเงินแล้ว ไม่ว่าผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการจะออกมาเป็นเช่นใด กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

การชำระเงิน

โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาต ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก

หมายเลขบัญชี 038-7-31946-0

ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอนเงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดี ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

ลงนาม ผู้สมัคร
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.



วารสารพยาบาลทหารบก

Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

Vol.25 No.2 May - August 2024

เจ้าของ

สมาคมพยาบาลทหารบก

Ownership

Royal Thai Army Nurses Association

คณะที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

ศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สิ้นธุ

พลตรีหญิงสมพิศ พรหมเดช

ที่ปรึกษาสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

นายกสมาคมพยาบาลทหารบก

Editorial Advisors

Wichit Srisuphan,RN.,M.P.H.,Dr.P.H.

Siriorn Sindhu,RN.,M.S.,D.N.Sc.

Sompis Promdet,R.N.,M.S.N.

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักติ

สมาคมพยาบาลทหารบก

Chief Editor

Saisamorn Chaleoykitti, R.N.,M.N.S.,Ed.D.

รองบรรณาธิการ

พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี อ่อนศรี

กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร

Deputy of Editor

Pranee Onsri, R.N., M.S., Ed.D.

เลขาบรรณาธิการ

พันตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

Secretary

Nuntikan Klinchet, R.N., M.N.S.

ผู้ช่วยเลขาบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ เหล่าชัย

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Secretary

Wiwat Laochai ,R.N., M.N.S.,Ph.D.

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส

พันเอกหญิง ดร.นัยนา วงศ์สายตา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ไทยแท้

รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง

รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฉิมพร

เกษโกมล

รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิฏาณ์ ศรีเกษตริน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ กรรมบุตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชรรัตน์ มังคละศิริ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์

พันโทหญิง ดร.มันทนา เกวียนสูงเนิน

ดร.เฉลิมวุฒิ อุทัยกัน

ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา

ดร.วีรยุทธ ศรีทุมสุข

University of Louisville School of Nursing, USA

สำนักงานเลขาธิการกองทัพบก

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยาลัยเซ็นหลุยส์

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถาบันพระบรมราชชนก

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยนครพนม

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Editorial Board

Ratchneewaan Ross, R.N. M.Sc. ,Ph.D., FTNSS,FAAN

Naiyana Wongsaita, R.N.,M.N.S.,Ph.D.

Suphap Thaitha,R.N.,M.S.N.,Ph.D.

Areewan Oumtane, R.N.,M.S.,Ph.D.

Jintana Artsontee, R.N.,M.S.N.,Ph.D.

Supreeda Monkong, R.N.,M.S.N.,Ph.D.

Thipkhumporn Keskomon, R.N.,M.S.,Ph.D.

Narisa Wongpanarak, R.N.,M.N.S.,Ph.D.

Atiya Sarakshetrin, R.N.,M.N.S.,Ed.D.

Jeeraporn Kummabutr, R.N.,M.Sc.,Ph.D.

Nutcharat Mongkara, R.N.,M.S.,Ph.D.

Temduang Boonpiamsak, R.N.,M.S.N.,Ph.D.

Kanjana Srisawat, R.N.,M.N.S.,Ph.D.

Mantana Kweansung, R.N.,M.A., Ph.D.

Chalermwut Uthaiakun, B.Ed, M.A., Ph.D.

Kitsanaporn Tipkanjanaraykha,R.N.,M.N.S.,Ph.D.,AGAPN

Werayauth Srithumsuk, R.N.,M.Sc.,Ph.D.

ฝ่ายจัดการ

ร้อยโทหญิงสุชาดา ศรีโยธี

ร้อยโทหญิงพรวิมล ยังปักซี่

ร้อยโทหญิงพรไพลิน หนูทิม

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Management Team

Suchada Sriyothee, R.N.

Pompavee Yongpaksri, R.N.

Pompailin 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