วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ISSN 2985-1041 (Online)

ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567 Vol.25 No.3 September - December 2024

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

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บทความวิชาการ

- การใช้ที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันกับการลดภาวะแทรกซ้อนในการเกิดแผลกดทับ — พรรัตติกาล พลหาญ อรอุมา เพ่งพินิจ จรัสพรรษ วงศ์วิเศษกาญจน์
- สมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วย: การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนสำหรับพยาบาลจบใหม่ — จุฬาพร ยาพรม นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ
- การมีโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม — ภิรดา อาจวิชัย ณัฐวิโรจน์ ชูดำ
- บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า — กาญจนา ศรีสวัสดิ์ ปธานิน แสงอรุณ
- บทบาทพยาบาลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีรูรั่วระหว่างผนังกั้นหัวใจห้องบนโดยการสวนหัวใจเพื่อทดแทนการผ่าตัด — เอกราช บุญชม
- ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดต่อสุขภาวะทางจิตสังคมในสตรี — ศุภักษร ธิกา อังศินันท์ อินทรกำแหง นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์
- คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ภัยเงียบของคนทำงานในโลกยุคดิจิทัลหลังการแพร่ระบาดของโควิด 19 — ธนชาต ฟักสอาด สุนทร ศุภพงษ์
- บทบาทพยาบาลเวชศาสตร์การบินในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ: กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร — ขวัญหทัย ช้างใหญ่ กิตติยา มหาวิริโยทัย
- บทบาทของพยาบาลประสานงานด้านการรักษาพยาบาลในการบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤต อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี — อนุสรา หุ่นอุตกฤษณ์
- บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมในการจัดการความปวดแบบบูรณาการโดยไม่ใช้ยา — ขัตติยาพร คนเที่ยง อัชฌา วารีย์ ปรมาภรณ์ นิรมล

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้การสาธารณสุขระบบทางไกลในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ — ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ประเสริฐ อัสสันตชัย
- การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแพลตฟอร์มการจัดการสุขภาพในกลุ่มอาการลองโควิดสำหรับกลุ่มคน 608 — ทินกร บัวชู เสน่ห์ ขุนแก้ว มรกต เชิดเกียรติกุล
- อุบัติการณ์และปัจจัยสัมพันธ์การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากสารทึบรังสีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก ภายหลังการตรวจสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน — ศิวะ บุตรศรี พัฒนาพร สุปินะ เสาวนีย์ เนาวพาณิช วิวรรณ ทังสุบุตร
- ผลการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล — ฝากจิต รัตนปัญญากร อริยา ดีประเสริฐ
- ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : มุมมองของผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และญาติ — หทัยรัตน์ สายมาอินทร์ ประทีป จินงี่ อมราพร สุรการ นริสรา พึ่งโพสภ
- การศึกษาการจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ — กัณฐิกา สายปัญญา ยุพิน อังสุโรจน์
- ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการหกล้มในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล — อริสา ทรงโฉม สุปรีดา มั่นคง นุชนาฏ สุทธิ
- ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี — สุคลทิพย์ พลโลกา วรรณรัตน์ ลาวัง ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร — สิรินรักษ์ ไชยสมบูรณ์ รักชนก คชไกร เวหา เกษมสุข
- การศึกษาความเป็นไปได้: การใช้การพยาบาลทางไกลเพื่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนชนบทและห่างไกล — จินตนา อาจสันเที๊ยะ รตา ศรีสะอาด กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์ เบญจพร อุดม พิชญากร กีรติเตชาวุฒิ
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรี — นิชดา สารถวัลย์แพศย์ ปทุมทิพย์ อดุลวัฒนศิริ ศิริอร สินธุ
- ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ — นันทิภัคค์ พีรวัสธนะวุฒิ สุพร ดนัยดุษฎีกุล เกศศิริ วงษ์คงคำ กุสุมา ชินอรุณชัย
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม — นฤมล ศิลวิศาล ทิพวรรณ พลานุพัฒน์ จารุวรรณ ยกเส้ง
- อิทธิพลของการสื่อสารในองค์กร ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานที่มีต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแห่งหนึ่ง — ผุษดี เจริญวงษ์ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย กาญจนา ศรีสวัสดิ์
- ผลของโปรแกรมสร้างสุขต่อระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย — พิกุล ทองรักษ์ กฤษณา พุทธวงค์ วราภรณ์ แย้มมีศรี นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง — สมฤดี อรรคทิมากูล ศากุล ช่างไม้ ทิพา ต่อสกุลแก้ว
- ผลของโปรแกรมการหมุนเวียนงานต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง — จุฬาลัย แก่นไร่ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย อุษา ตันทพงษ์
- อิทธิพลของอายุ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก — ชลธิชา กิจบำรุง วรรณา พาหุวัฒนกร ฤดี ปุงบางกะดี่
- การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความต้องการรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ในเขตสุขภาพที่ 4 — ประกาศิต ป้องทัพไทย จีราภรณ์ กรรมบุตร ปรีย์กมล รัชนกุล
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง — ทิมาพร เป็งแสนฟู วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ
- ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤต : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร — จิรเมธ พจน์จริยาพร พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง — พงศ์ศิริ บัวแก้ว อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ รุ้งนภา ชัยรัตน์
- ผลของแอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ดูแลเด็ก — ณัฐยา ศรีทะแก้ว ณิศาพิชญาภัค มีสมศักดิ์ อุษา โถหินัง พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ
- ความสัมพันธ์ของการใช้ยาต้านโคลิเนอร์จิกและภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า — สุทธิดา จตุจินดา กุลเชษฐ์ เกษะโกมล กรวีร์ เมธิสริยพงศ์ พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ
- ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มหอผู้ป่วยงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 — พรวิมล เบียดกระโทก วันเพ็ญ เอี๊ยะเผ่าพันธ์ สุชัญญา วงศ์แหวน ณัฏฐา สายเสวย
- ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารบก — สิรดา เหลาเสนา ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี — สมปอง พะมุลิลา อรุณ กลิ่นบัว จมร เมาะลาษี วรรษมน ปาพรม ชลิยา วามะลุน
- ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สาราณียธรรม 6) ระดับศีล 5 ของเยาวชนผู้เข้ารับการบำบัดการติดแอมเฟตามีน ต่อความรู้เรื่องยาเสพติดและระดับความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ — ศิริรัตน์ นิตยวัน เนตรดาว ธงชิว ปรีชญา นันตะรัตน์ อัครชัย อรุณเหลือง
- ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น — ศิมาภรณ์ พวงสุวรรณ อัญชลี จิตราภิรมย์ สุมณฑา โพธิบุตร
- การวิจัยเชิงคุณภาพในบทบาทของผู้ประกอบการร้านยาที่มีต่อสุขภาพชุมชนในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทย — รจนี คูนาเอก ชลธิศ ดาราวงษ์
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล — สกุณ พานิชเจริญนาน วิวัฒน์ เหล่าชัย ฝากจิต รัตนปัญญากร ดุษฎี ดวงมณี
- การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในชุมชนเมือง:การสะท้อนประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง — อติเทพ ผาติอภินันท์ สุเมษย์ หนกหลัง พีรเดช ประคองพันธ์
- รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 — ณัฏฐ์ณาฑ์ สร้อยเพ็ชร เพชรีย์ กุณาละสิริ
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร — นาคี สอนโพธิ์ พัชรินทร์ ฉลาดธัญญกิจ ธีรารัตน์ พลราชม
- ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง — อภิเชษฐ์ เหี้ยมหาญ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย อุษา ตันทพงษ์
- การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง — สมรักษ์ จันทร์อบ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย อุษา ตันทพงษ์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน — นันท์นภัส สุพล พิริยา ศุภศรี สุพิศ ศิริอรุณรัตน์
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการทำกิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด — นัฐยา ดินเด็ม อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์ แสงอรุณ อิสระมาลัย
- ผลของการใช้เกมสถานการณ์จำลองในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ — วิกานดา วิริยานุภาพพงศ์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม — นฤมล ศิลวิศาล ทิพวรรณ พลานุพัฒน์ จารุวรรณ ยกเส้ง
- แนวปฏิบัติที่ดีของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ: มุมมองของผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสาน อ.พนัสนิคม — จุฑามาศ แหนจอน วรากร ทรัพยวิระปกรณ์ เกศรา น้อยมานพ ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์
- ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก — ศิริรัตน์ เหิมสุวรรณ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สถาบันพระบรมราชชนก — ประกาศิต พูลวงษ์ นุชนาถ บรรทุมพร รังสิมันต์ สุนทรไชยา

ประชาสัมพันธ์/ข่าว

- คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและส่งบทความตีพิมพ์วารสารพยาบาลทหารบก
- ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลทหารบก
- การ Submission บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก ขั้นตอนการส่งบทความเข้าสู่วารสารพยาบาลทหารบก

วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567 Vol. 25 No.3 September - December 2024

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

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI, สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความแบบ double-blinded

วารสารพยาบาลทหารบก มีวัตถุประสงค์ (Aims) :

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

ขอบเขต (Scope) :

สาระในวารสารพยาบาลทหารบก บทความวิชาการ บทความวิจัย บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออกวารสารพยาบาลทหารบก ราย 4 เดือน กำหนดออกวารสารปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

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

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

พิมพ์ที่: บริษัท ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด
เลขที่ 24/6-7 หมู่ 7 ต.คลองข่อย อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
โทร. 02-926-1261-2 สายด่วน 081-817-0901 แฟกซ์. 02-926-1263
E-mail : sale@thaiphumpublishing.com www.thaiphumpublishing.com

บรรณาธิการแถลง

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

บทความวิชาการ ได้แก่ การใช้ที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันกับการลดภาวะแทรกซ้อนในการเกิดแผลกดทับ สมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วย : การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสวนสำหรับพยาบาลจบใหม่ การมีโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า บทบาทพยาบาลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีรูรั่วระหว่างผนังกั้นหัวใจห้องบนโดยการสวนหัวใจเพื่อทดแทนการผ่าตัด ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดต่อสุขภาวะทางจิตสังคมในสตรี คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ภัยเงียบของคนทำงานในโลกยุคดิจิทัล หลังการแพร่ระบาดของโควิด 19 บทบาทพยาบาลเวชศาสตร์การบินในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ: กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร บทบาทของพยาบาลประสานงานด้านการรักษาพยาบาลในการบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤต อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมในการจัดการความปวดแบบบูรณาการโดยไม่ใช้ยา

บทความวิจัย ได้แก่ ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้การสาธารณสุขระบบทางไกล ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแพลตฟอร์มการจัดการสุขภาพในกลุ่มอาการลองโควิดสำหรับกลุ่มคน 608 อุบัติการณ์และปัจจัยสัมพันธ์การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากสารทึบรังสีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกภายหลังการตรวจสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน ผลการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : มุมมองของผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และญาติ การศึกษาการจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการหกล้มในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร การศึกษาความเป็นไปได้ : การใช้การพยาบาลทางไกลเพื่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนชนบทและห่างไกล ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรี ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อิทธิพลของการสื่อสารในองค์กร ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานที่มีต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแห่งหนึ่ง ผลของโปรแกรมสร้างสุขต่อระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง ผลของโปรแกรมการหมุนเวียนงานต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง อิทธิพลของอายุ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความต้องการรูปแบบการให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตสุขภาพที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤต : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลของแอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ดูแลเด็ก ความสัมพันธ์ของการใช้ยาต้านโคลิเนอร์จิกและภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มหอผู้ป่วย งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 209 ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารบก ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สาราณียธรรม 6) ระดับศีล 5 ของเยาวชนผู้เข้ารับการบำบัดการติดแอมเฟตามีน ต่อความรู้เรื่องยาเสพติดและระดับความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น การวิจัยเชิงคุณภาพในบทบาทของผู้ประกอบการร้านยาที่มีต่อสุขภาพชุมชนในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทย ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในชุมชนเมือง: การสะท้อนประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการทำกิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด ผลของการใช้เกมสถานการณ์จำลองในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แนวทางปฏิบัติที่ดีของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ : มุมมองของปราชญ์ชาวบ้านด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสาน อ.พนัสนิคม ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณากลั่นกรองบทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนาวารสารไทยให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

การใช้ที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันกับการลดภาวะแทรกซ้อนในการเกิดแผลกดทับ
พรรัตติกาล พลหาญ อรอุมา เพ่งพินิจ
จรัสพรรษ วงศ์วิเศษกาญจน์

สมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วย: การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนสำหรับพยาบาลจบใหม่
จุฬาพร ยาพรม นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ

การมีโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ภิรดา อาจวิชัย ณัฐวิโรจน์ ชูดำ

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า
กาญจนา ศรีสวัสดิ์ ปธานิน แสงอรุณ

บทบาทพยาบาลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีรูรั่วระหว่างผนังกั้นหัวใจห้องบนโดยการสวนหัวใจเพื่อทดแทนการผ่าตัด
เอกราช บุญชม

ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดต่อสุขภาวะทางจิตสังคมในสตรี
ศุภักษร ธิกา อังศินันท์ อินทรกำแหง
นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์

คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ภัยเงียบของคนทำงานในโลกยุคดิจิทัลหลังการแพร่ระบาดของโควิด 19
ธนชาต ฟักสอาด สุนทร ศุภพงษ์

บทบาทพยาบาลเวชศาสตร์การบินในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ: กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร
ขวัญหทัย ช้างใหญ่ กิตติยา มหาวิริโยทัย

บทบาทของพยาบาลประสานงานด้านการรักษาพยาบาลในการบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤต อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
อนุสรา หุ่นอุตกฤษณ์

บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมในการจัดการความปวดแบบบูรณาการโดยไม่ใช้ยา
ขัตติยาพร คนเที่ยง อัชฌา วารีย์
ปรมาภรณ์ นิรมล

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้การสาธารณสุขระบบทางไกล ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้
อวัสดา วสุริย์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ประเสริฐ อัสสันตชัย

Contents

Chief Editorial

1 The Use of Air Mattresses for Prone Position in Acute Respiratory Distress Syndrome Patients reduces Complications in Pressure Injury
Bhornrattikarn Polhan Onuma pengpinij
Jaraspas Wongviseskarn

10 Patient Safety Competency : Nursing Care for Prevention with Catheter-Associated Urinary Tract Infection for New Graduated Nurses
Chulaporn Yaprom Nunthida Chuamanochan

19 The chances of survival for breast cancer patients
Phirada Ardwichai Natthawirot Choodum

26 The Role of Midwifery in Caring for Pregnant Women with Intrauterine Growth Retardation
Kanjana Srisawad Pathanin Sangaroon

32 The Role of Health Education for Pediatric Patients with Congenital Heart Disease Type Atrial Septal Defect, By Transctheter Intervention to Replace Surgery
Eakkarat Boonchom

40 The Impact of Addiction on Psychosocial Issues in Women
Supaksorn Thika Ungsinun Intarakamhang
Nanchatsan Sakunpong

47 Computer Vision Syndrome: The Silent Threat to Working Individuals in the Digital Era Post-COVID-19 Pandemic
Thanachart Fagsaard Soontorn Supapong

55 Flight Nurse's Roles in Aeromedical Evacuation: A Case Study of Patients with Gastrointestinal Problems
Khwanhathai Changyai Kittiya Mahaviriyotai

64 Role of Nurse Coordinator in Managing Critical Care Patient Beds at Somdej Phra Debarat Building, Ramathibodi Hospital
Anusara Hoonaudgid

73 The Role of Holistic Nurses in Integrative Non-Pharmacological Pain Management
Kattiyaporn Konthiang Acha Varee
Poramaporn Niramon

82 Effects of Self-Regulation Program on Self-Management Behaviors using Telehealth in Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus
Awasda Vasuri Virapun Wirojratana
Doungrut Watanakijkrilert Prasert Assantachai

สารบัญ

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแพลตฟอร์มการจัดการสุขภาพในกลุ่มอาการลองโควิดสำหรับกลุ่มคน 608
ทินกร บัวชู เสน่ห์ ขุนแก้ว
มรกต เชิดเกียรติกุล

อุบัติการณ์และปัจจัยสัมพันธ์การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากสารทึบรังสีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก ภายหลังการตรวจสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน
ศิวะ บุตรศรี พัฒนาพร สุปินะ
เสาวนีย์ เนาวพาณิช วิวรรณ ทังสุบุตร

ผลการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
ฝากจิต รัตนปัญญากร อริยา ดีประเสริฐ

ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : มุมมองของผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และญาติ
หทัยรัตน์ สายมาอินทร์ ประทีป จินงี่
อมราพร สุรการ นริสรา พึ่งโพสภ

การศึกษาการจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ
กัณฐิกา สายปัญญา ยุพิน อังสุโรจน์

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการหกล้มในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
อริสา ทรงโฉม สุปรีดา มั่นคง
นุชนาฏ สุทธิ

ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี
สุคลทิพย์ พลโลกา วรรณรัตน์ ลาวัง
ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร
สิรินรักษ์ ไชยสมบูรณ์ รักชนก คชไกร
เวหา เกษมสุข

การศึกษาความเป็นไปได้: การใช้การพยาบาลทางไกลเพื่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนชนบทและห่างไกล
จินตนา อาจสันเที๊ยะ รตา ศรีสะอาด
กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์ เบญจพร อุดม
พิชญากร กีรติเตชาวุฒิ

Contents

91 Development and Evaluation the Effectiveness of a Health Management Platform for Long COVID Symptoms among 608 Group
Thinnakorn Buachu Saneh Khunkaew
Morakot Choetkiertikul

101 Incidence and Associated factors with Contrast-Induced Nephropathy after Emergency Percutaneous Coronary Intervention in Patients with ST-segment Elevation Myocardial Infarction
Siva Bootsri Pattanaporn Supina
Saowanee Naowapanich Wiwun Tungsubutra

112 The Effect of Case Based Learning on Critical Thinking of Nursing Students.
Farkjit Rattanapanyakorn Ariya Deeprasert

121 Conditional Factors Associated with Behaviors for Preventing Relapse of Major Depressive Disorder in The Older Persons: Perspectives of Older Persons who had Remission and Non-Relapsed of Major Depressive Disorders and Their Relatives
Hathairat Saima-in Prateep Jinnge
Amaraporn Surakarn Narisara Peungposop

131 A Study of Nursing Service Management for Patients with Coronavirus 2019 at Hospitels
Kantika Saipanya Yupin Aungsuroch

142 Relationships between Physical Functions and Falls in Older Adults with Stroke at Three Months after Discharge
Arisa Songchom Supreeda Monkong
Nuchanad Sutti

152 Factors Predicting the Readiness of Village Health Volunteers for Screening and Prevention of Dementia in Community, Chonburi Province
Sukontip Phollka Wannaraty Lawang
Chanandchidadussadee Toonsiri2

161 Factors Related to The Quality of Seamless Referral Services in Urban Areas Bangkok Metropolitan
Sirinrak Chaisomboon Rukchanok Koshakri
Weha Kasemsuk

170 A Feasibility Study: Using Tele Nursing to Improve Palliative Care Access for Rural and Remote Communities
Jintana Artsanthia Rata Srisaart
Kanjana Punyapet Benjaporn Udom
Pitchayakorn Keeratitechawut

สารบัญ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรี 179
นิชดา สารถวัลย์แพศย์ ปทุมทิพย์ อดุลวัฒนศิริ
ศิริอร สินธุ

ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ 188
นันทิภัคค์ พีรวัสธนะวุฒิ สุพร ดนัยดุษฎีกุล
เกศศิริ วงษ์คงคำ กุสุมา ชินอรุณชัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 197
นฤมล ศิลวิศาล ทิพวรรณ พลานุพัฒน์
จารุวรรณ ยกเส้ง

อิทธิพลของการสื่อสารในองค์กร ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานที่มีต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแห่งหนึ่ง 206
ผุษดี เจริญวงษ์ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย
กาญจนา ศรีสวัสดิ์

ผลของโปรแกรมสร้างสุขต่อระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย 214
พิกุล ทองรักษ์ กฤษณา พุทธวงค์
วราภรณ์ แย้มมีศรี นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช
พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง 223
สมฤดี อรรคทิมากูล ศากุล ช่างไม้
ทิพา ต่อสกุลแก้ว

ผลของโปรแกรมการหมุนเวียนงานต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง 231
จุฬาลัย แก่นไร่ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
อุษา ตันทพงษ์

อิทธิพลของอายุ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก 240
ชลธิชา กิจบำรุง วรรณา พาหุวัฒนกร
ฤดี ปุงบางกะดี่

การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความต้องการรูปแบบการให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ในเขตสุขภาพที่ 4 249
ประกาศิต ป้องทัพไทย จีราภรณ์ กรรมบุตร
ปรีย์กมล รัชนกุล

Contents

Factor Influencing to Quality of Life among Elderly Living in Community at Nonthaburi Province 179
Nichada Santwanpas Patoomthip Adunwatanasiri
Siriorn Sindhu

Predicting Factors of Early Postoperative Complications in Extremities Injury Patients 188
Nantiphak Peerawasthanawut
Suporn Danaidutsadeekul Kessiri Wongkongkam
Kusuma Chinaroonchai

Factors Related to the Risk of Falls in Patients with Osteoarthritis 197
Narumon Sinwisarn Thippawan Palanupat
Jaruwanyokseng

The Influence of Organizational Communication and Employee Morale on the Job Performance of Professional Nurses at Public Hospitals in One Province 206
Phusadee Charoenwong
Premruetai Noimuenwai Kanjana Srisawad

Effect of the Happiness Program on the Level of Happiness among Caregivers of Elderly with Dementia in Mae Lao District, Chiang Rai Province 214
Pikul Thongruk Krissana Puttawong
Waraphorn Yaemmisri Nongyao Mongkhonittivech
Pimrat Boonyapak

Factors Related to the Deterioration of Patients with Mild Traumatic Brain Injury 223
Somrudee Akkatimakul Sakul Changmai
Tipa Toskulkao

Effect of the Job Rotation Program on Task Performance of Nursing Personel in the Out-Patient-Department at a Tertiary Hospital 231
Julalai Kanrai Phechnoy Singchuangchai
Usa Tantapong

The Influence of Age, Adequate Antenatal Care, Education Level, and the Use of Health Information from Social Media on First-time Adolescent Mothers' Postpartum Behavior 240
Chonthicha Kitbumrung Wanna Phahuwatanakorn
Rudee Pungbangkadee

The Study of Stroke Knowledge and The Needs of Health Education Pattern Regarding Stroke among People at High – Risk in The 4th Health Region, Thailand 249
Pragasit Pongtapthai Jeeraporn Kummabutr
Pregamol Rutchanagul

สารบัญ

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ทิมาพร เป็งแสนฟู วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ 258

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤต : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร
จิรเมธ พจน์จริยาพร พรชัย สิทธิศรัณย์กุล
ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์ 267

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง
พงศ์ศิริ บัวแก้ว อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์
รุ้งนภา ชัยรัตน์ 276

ผลของแอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ดูแลเด็ก
ณัฐยา ศรีทะแก้ว ณิศาพิชญาภัค มีสมศักดิ์
อุษา โถหินัง พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ 285

ความสัมพันธ์ของการใช้ยาต้านโคลิเนอร์จิกและภาวะทุพโภชนาการ ในผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
สุทธิดา จตุจินดา กุลเชษฐ์ เกษะโกมล
กรวีร์ เมธิสริยพงศ์ พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ 294

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มหอผู้ป่วย งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
พรวิมล เบียดกระโทก วันเพ็ญ เอี๊ยะเผ่าพันธ์
สุชัญญา วงศ์แหวน ณัฏฐา สายเสวย 303

ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารบก
สิรดา เหลาเสนา ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ 311

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี
สมปอง พะมุลิลา อรุณ กลิ่นบัว
จมร เมาะลาษี วรรษมน ปาพรม ชลิยา วามะลุน 320

Contents

Predicting Factors of Family Caregivers' Quality of Life Caring for Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Timaporn Pengsandfoo Virapun Wirojratana
Doungrut Watanakitkrilert 258

Prevalence and Risk factors of Musculoskeletal Disorders Among Intensive Care Unit Nurses: A Case Study in a Hospital, Bangkok
Jirameth Pojjariyaporn Pornchai Sithisarankul
Thanapoom Rattananupong 267

Factors Associated with Fall Risks among Older Patients of Inpatient Department in a Secondary Hospital
Phongsiri Buakaeo Uraiwan Chaichanawirote
Rungnapa Chairat 276

The Effectiveness of Applications on Promoting the Growth and Development of Infants Born Prematurely after Discharge from the Hospital for Caregivers
Nuttaya Sritakaew Nisapichayapak Meesomsak
Usa Thohinung Pilailak Rojanaprasert 285

Association between Anticholinergic Drug Impact on Nutritional Status in Older Adults at Outpatient Department of Phramongkutklao Hospital
Sutthida Jatujinda Kulachede Gesakomol
Korawee Matesareyapong Patsri Srisuwan 294

The Factors Affecting Anxiety Among Registered Nurse and Practical Nurse Working in Medical and Psychiatric Nursing Division During Covid 19 Pandemic
Pornwimol Biadkrathok Wanpen Earphaopun
Suchanya Wongwaen Nattha Saisavoey 303

21st Century Skills of Professional Nurses of Difference Generations at Tertiary Hospitals under The Royal Thai Army Medical Department
Sirada Laosena Phattharamanat Pongrangsarn 311

Effects of the Self-Efficacy Enhancing Program on Self-Care Behaviors of Patients with Cholangiocarcinoma
Sompong Pamulila Arun Klinbua
Chamorn Moalasri Wassamon Paprom
Chaliya Wamaloon 320

สารบัญ

ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สาราณียธรรม 6) ระดับศีล 5 ของเยาวชนผู้เข้ารับการบำบัดการติดแอมเฟตามีน ต่อความรู้เรื่องยาเสพติดและระดับความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ
ศิริรัตน์ นิตยวัน เนตรดาว ธงชิว
ปรีชญา นันตะรัตน์ อัครชัย อรุณเหลือง 329

ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
ศิมาภรณ์ พวงสุวรรณ อัญชลี จิตราภิรมย์
สุมณฑา โพธิบุตร 338

การวิจัยเชิงคุณภาพในบทบาทของผู้ประกอบการร้านยาที่มีต่อสุขภาพชุมชนในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทย
รจนี คูนาเอก ชลธิศ ดาราวงษ์ 347

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล
สกุณ พานิชเจริญนาน วิวัฒน์ เหล่าชัย
ฝากจิต รัตนปัญญากร ดุษฎี ดวงมณี 357

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในชุมชนเมือง:การสะท้อนประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง
อติเทพ ผาติอภินันท์ สุเมษย์ หนกหลัง
พีรเดช ประคองพันธ์ 365

รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ณัฏฐ์ณาฑ์ สร้อยเพ็ชร เพชรีย์ กุณาละสิริ 374

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร
นาคี สอนโพธิ์ พัชรินทร์ ฉลาดธัญญกิจ
ธีรารัตน์ พลราชม 383

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
อภิเชษฐ์ เหี้ยมหาญ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
อุษา ตันทพงษ์ 392

Contents

Effects of the Rehabilitation Therapy for Persons with Amphetamine use disorder by BasicBuddhist Teaching of Ethic “Ruk-Nuea-Ruk” (Six Saraniya-Dhamma) with Five Percepts of Adolescents Who have treatment for Amphetamine use Disorder on the Knowledge of Substance Abuse and the Level of Self-defense Intentions for Relapse Preventionof Substance Abuse
Sirirat Nitayawan Natedao Thongseaw
Preechaya Nantarat Aukarachi Aroonlueng 329

The Effects of Awareness Creating Development Program on Unwanted Pregnancy Prevention among Junior High School Students
Simaporn Puangsuwan Aunchalee Jittrapirom
Sumontha Pothiboot 338

Qualitative Research on the Role of Pharmacy Entrepreneurs on Public Health in the Eastern Economic Corridor of Thailand
Rojanee Kunaake Chonlatis Darawong 347

Effects of Stress Management Program on Elderly Nursing Skills of Nursing Students
Sakun Panichjaroennan Wiwat Laochai
Farkjit Rattanapanyakorn Dussadee Duangmanee 357

Out-of-Hospital Emergency Patient Care in Urban Community: Reflection of Female Emergency Medical Service Nurses’ Experiences
Atithep Patiapinun Sumate Noklang
Peeradet Prakongpan 365

Model of Community and Family Development to Care for the Elderly master integrated on the outbreak of the coronavirus disease 2019
Nutcha Soiphet Petcharee Kunalasiri 374

The Development Of A Promoting Model For Child Development At The Age Of 3-5 Years Through A Participatory Learning Process in Sakon Nakhon Province
Nakee Sornpho Pacharin Schalhadthungnakick
Theerarat Phonrachom 383

Cost of Nursing Activities for COVID-19 Patients Undergoing Cesarean Section with Spinal Anesthesia in a Tertiary Hospital
Apichet Heamharn Phechnoy Singchangchai
Usa Tantapong 392

สารบัญ

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
สมรักษ์ จันทร์อบ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
อุษา ตันทพงษ์ 403

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน
นันท์นภัส สุพล พิริยา ศุภศรี สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ 414

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการทำกิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด
นัฐยา ดินเด็ม อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์
แสงอรุณ อิสระมาลัย 424

ผลของการใช้เกมสถานการณ์จำลองในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ
วิกานดา วิริยานุภาพพงศ์ 433

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
นฤมล ศิลวิศาล ทิพวรรณ พลานุพัฒน์
จารุวรรณ ยกเส้ง 442

แนวปฏิบัติที่ดีของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ: มุมมองของผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสาน อ.พนัสนิคม
จุฑามาศ แหนจอน วรากร ทรัพยวิระปกรณ์
เกศรา น้อยมานพ ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์ 451

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก
ศิริรัตน์ เหิมสุวรรณ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ 460

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สถาบันพระบรมราชชนก
ประกาศิต พูลวงษ์ นุชนาถ บรรทุมพร
รังสิมันต์ สุนทรไชยา 471

Contents

Unit Cost and Break-Even Point Analysis of One Day Surgery Pterygium Service in a Private Hospital
Somruk Chanoop Phechnoy Singchungchai
Usa tantapong 403

Factors Related to Resilience among Primiparous Adolescent with Unplanned Pregnancy
Nannapat Supol Piriya Suppasri
Supit Siriarunrat 414

Effect of the Ergonomic Self–Care Enhancement with the Maneeveda Exercise Program on Lower Back Pain and Functional Ability in Operating Room Nurses
Natthaya Dindem Aporntip Buapetch
Sang-arun Isaramalai 424

Effects of Using Simulation Game Based Learning to prepare Air Force Student Nurses before Pediatric and Adolescent Nursing Practice
Wikanda Wiriyanupappong 433

Factors Related to Pain in Patient with Knee Osteoarthritis
Narumon Sinwisarn Thippawan Palanupat
Jaruwan yokseng 442

Best Practice of Healthy Aging: The Perspective of the Elderly who Possess Folk Handicraft Wisdom in Phanat Nikhom Community
Juthamas Haenjohn Warakorn Supwirapakorn
Ketsara Noimanop Tanida Julvanichpong 451

Effects of Family Caregivers' Preparedness Program on Preventing Aspiration in Older Patients with Dysphagia
Sirirat Hermsuwan Virapun Wirojratana
Doungrut Wattanakitkrileart 460

The Effects of a Mental Health Literacy Enhancement Program on Nursing Student Mental Health Status in Nursing Colleges under Praboromarajchanok Institute in the Central Region Network
Prakasit Poonwong Nutchanart Bunthumporn
Rangsiman Soonthornchaiya 471

การใช้ที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันกับการลดภาวะแทรกซ้อนในการเกิดแผลกดทับ

The Use of Air Mattresses for Prone Position in Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Reduces Complications in Pressure Injury

พรรัตติกาล พลหาญ* อรอุมา เพ่งพินิจ จรัสพรรษ วงศ์วิเศษกาญจน์
Bhornrattikarn Polhan* Onuma pengpinij Jaraspas Wongviseskarn
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
Phramongkutklao hospital Bangkok Thailand 10400

บทคัดย่อ

ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome : ARDS) เป็นภาวะวิกฤติของระบบทางเดินหายใจที่สามารถเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ซึ่งสาเหตุหลักคือภาวะติดเชื้อ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ ARDS ร่วมด้วยจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ถึงแม้ปัจจุบันการรักษามีการนำอุปกรณ์ที่ทันสมัยมาใช้ เช่น การรักษาด้วย Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) แต่การทำ ECMO ยังเป็นหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและทำได้บางโรงพยาบาลเท่านั้น การจัดท่านอนคว่ำ (prone position) จึงยังเป็นหนึ่งในมาตรฐานการรักษาสำคัญ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ARDS ซึ่งสามารถทำได้ทุกโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าการจัดท่านอนคว่ำจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วย ARDS แต่ก็มีภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนต่อทางเดินหายใจ แผลกดทับ ใบหน้าและดวงตาบวม การเลื่อนหลุดของสายระบาย และระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ซึ่งแผลกดทับนั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสำคัญทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่อง เช่น การเกิดแผลติดเชื้อ หรือแผลเรื้อรังเสียหายลุกลามจนก่อให้เกิดบาดแผลที่ใหญ่มากขึ้นถึงขั้นสูญเสียอวัยวะได้ ซึ่งบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดท่านอนคว่ำ โดยการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ช่วยลดแรงกดด้วยระบบเซนเซอร์ คือ ที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำมาช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ

คำสำคัญ : ท่านอนคว่ำ, แผลกดทับ, ที่นอนลม

Abstract

Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a critical condition of the respiratory system that can occur from many causes. The main cause is infection. When patients have ARDS, it results in a higher mortality rate. Although nowadays there are more type of treatments available. Hight technology is being used for treatment, such as extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). However, ECMO is still a highly expensive procedure and only be done in some hospitals. Prone position is therefore still one of the important standards for treatment and reduce the mortality rate of ARDS patients, can be done in every hospital. Although the prone position has benefits, high risk complications such as airways-related complications, pressure injury, facial and ocular edema, dislodgement of catheters and hemodynamic is unstable often arise with the prone

Corresponding author : * E-mail: Bhornrattikarn.pol@gmail.com

วันที่รับ (received) 10 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2567

position. Pressure injury is an important problem causing ongoing complications such as infection of the wound or chronic wounds occur, causes of larger wounds that can lead to loss of organs. The purpose of this article is to present the prevention of pressure injury in patients treated by the prone position. Using innovation and technology that reduces pressure with a sensor system, air mattresses for prone positions to reduce the risk of pressure injury

Keywords: Prone Position, Pressure Injury, Air Mattress

บทนำ

ภาวะ acute respiratory distress syndrome: ARDS เป็นภาวะวิกฤติของระบบทางเดินหายใจที่สามารถเกิดขึ้นจากการหลายสาเหตุ ซึ่งสาเหตุหลักคือภาวะติดเชื้อ (sepsis) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะARDS ร่วมด้วยจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ในปี 2019 พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease, COVID-19) เมื่อเชื้อเข้าสู่ปอดเกิดความรุนแรงของโรคและนำไปสู่ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมด้วย ภาวะ ARDS ตามคำนิยามของเบอร์ลิน (Berlin definition)[1] ดังนี้ 1) มีอาการทางระบบหายใจที่เกิดขึ้นใหม่หรืออาการแย่ลงภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) ปอดทั้งสองข้างมีลักษณะเป็นฝ้าขาว (bilateral opacities) จากภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ ซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพอื่นในปอด เช่น น้ำ ในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ปอดแฟบ (lung collapse) และมีก้อนที่ปอด (nodules) และ 3) ภาวะขาดออกซิเจนในหลอดเลือดแดงกำหนดโดยเกณฑ์: โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) รุนแรงน้อย (mild ARDS) คือ 200 mmHg <PaO_2/FIO_2 ≤300 mmHg with NIV/CPAP PEEP ≥ 5 cmH_2O หรือ on high-flow nasal oxygen [HFNO] flow of ≥30 L/min 2) รุนแรงปานกลาง (moderate ARDS) คือ 100 mmHg<PaO_2/FIO_2 ≤ 200 mmHg on PEEP ≥ 5 cm H_2O และ 3) รุนแรงมาก (severe ARDS) คือ PaO_2/FIO_2 ≤ 100 mmHg with PEEP ≥ 5 cmH_2O ไม่รวมสาเหตุจากภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่ได้เกิดจากสาเหตุของโรคหัวใจ

อุบัติการณ์ของ ARDS ในผู้ป่วยวิกฤติแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษามีตั้งแต่ 5.0 ถึง 78.9 ต่อ 100,000 คนต่อปี จากการประมาณในสหรัฐอเมริกา[2] พบว่าการเกิดอุบัติการณ์ของ ARDS อยู่ระหว่าง 64.2 ถึง 78.9 ราย/100,000 คนต่อปี อัตราความชุกของระดับรุนแรงน้อย คิดเป็นร้อยละ 25 และระดับรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากร้อยละ 75 จากการศึกษาแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วงระยะเวลา 5 ปี[3] (ปี ค.ศ. 2014-2018) พบว่ามีการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจำนวน 1,434,349 ราย คิดเป็น 81.1 ต่อผู้ป่วย 100,000 รายต่อปี และเป็นการเสียชีวิตที่จาก ARDS จำนวน 52,958 รายทั่วประเทศ คิดเป็น 3.1 ต่อผู้ป่วย 100,000 รายต่อปี ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีการรายงานอุบัติการณ์การเกิด ARDS / Acute lung injury อย่างชัดเจน แต่จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคระบบหายใจประมาณ 28 ล้านคน จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีอัตราความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นในทุกระดับ จากการศึกษาในประเทศจีน[4] พบว่าอุบัติการณ์การเกิด ARDS และผลลัพธ์ของการรักษาของผู้ป่วย Covid-19 ระดับรุนแรงน้อย คิดเป็นร้อยละ 9.7 มีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 23.9 ส่วนระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 47.4 มีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 29.7 และ severe ARDS คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 44.1 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มระดับรุนแรงมากนั้นได้รับการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ คิดเป็นร้อยละ 27.5

การรักษาผู้ป่วย ARDS ตาม American Thoracic Society Clinical Practice Guideline 2023[5] ซึ่งประกอบด้วย 1) การรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีความเหมาะสมจำกัดปริมาตรไม่เกิน 4-8 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม (4–8 mL/kg predicted bodyweight) การใช้แรงดันบวกค้างไว้ในขณะสิ้นสุดการหายใจออก (positive end expiratory pressure : PEEP) โดยให้ค่าความดันในขณะสิ้นสุดการหายใจเข้าแล้วค้างไว้ไม่เกิน 30 เซนติเมตรน้ำ (plateau pressure < 30 cmH2O) และการเปิดถุงลมปอด (recruitment maneuvers) ในรายที่มีข้อบ่งชี้ 2) การรักษาด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อ (neuromuscular blockade) 3) การรักษาด้วยเครื่องปอดเทียม (Extracorporeal Membrane Oxygenation

: ECMO) ในกรณีที่สามารถทำได้ คือมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง ECMO ได้ และ 4) การรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ (prone position) จากการศึกษาการจัดท่านอนคว่ำมีผลลัพธ์ที่ดีในทางการรักษาและมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยกลุ่ม severe ARDS6 ในการทบทวนงานวิจัย 1,128 เรื่อง พบว่า การรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำทำให้ P/F ratio ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับท่านนอนหงาย (ค่าความแตกต่างเฉลี่ย 79.26; 95% CI 53.38 ถึง 105.13) และสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นอีกด้วย

การรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ARDS และสิ่งสำคัญอีกอย่างในการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำนั่นคืออุปกรณ์สำหรับการจัดท่านอนคว่ำ หลักการของการจัดท่านอนคว่ำคือ[6] ท่อช่วยหายใจและสายต่างๆจะต้องไม่ถูกกดหรือหักพับงอ และบริเวณท้องของผู้ป่วยต้องไม่มีแรงกดเพื่อป้องกันการเกิดแรงดันในช่องท้อง จากการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้อุปกรณ์ที่หลากหลายมาช่วยในการจัดท่านอนคว่ำ[6-8] อุปกรณ์ที่ใช้มีตั้งแต่การใช้ผ้าม้วน หมอนหนุน หมอนลม และหมอนเจลซิลิโคนสำหรับจัดท่านอนคว่ำ เป็นต้น โดยจะนำมารองบริเวณใบหน้า หน้าอก สะโพก และต้นขา ซึ่งจะเว้นบริเวณช่องท้องเพื่อป้องกันการกดเบียดกระบังลมจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง การรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำนั้นอาจเกิดแทรกซ้อนทั้งในระหว่างการทำ และภายหลังการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้และเป็นปัญหาสำคัญคือ[9,10] การเกิดแผลกดทับตามตำแหน่งต่างๆ เช่นใบหน้า หน้าอก สะโพกด้านหน้า และเข่า จากปัญหานี้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องเช่นการติดเชื้อจากแผลกดทับ หรือแผลกดทับมีการลุกลามจนถึงขั้นสูญเสียอวัยวะได้ ดังนั้นจึงต้องมีการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ARDS ที่ได้รับการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

การรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ

การรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ (prone position) เป็นการรักษาแบบหนึ่งของ ARDS ระดับรุนแรงปานกลางถึงมาก เนื่องจากการจัดท่านอนคว่ำทำให้มีอัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศและเลือดที่ไปยังถุงลมปอดดีขึ้น ทำให้มีระดับออกซิเจนในเลือดสูงขึ้น นอกจากนั้นยังเป็นท่าที่ช่วยระบายเสมหะและทำให้ปอดส่วนที่ถูกกดทับขยายตัวได้ดีขึ้น ทำให้ความจุคงเหลือของปอดที่ใช้งานได้ (functional residual capacity : FRC) สูงขึ้น[1,5] เพราะทำให้ถุงลมในส่วนหลังมีการขยายใหญ่ขึ้น ช่วยขับเสมหะได้ดีขึ้น โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำยาวนานมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ป่วยที่มีภาวะ ARDS ขณะอยู่ในท่านอนหงายราบ (Supine position) จะส่งผลให้ปอดด้านหลังแฟบจากการถูกกดทับด้วยน้ำหนักของปอดและหัวใจ ในขณะที่เลือดยังคงไหลเวียนเพื่อทำการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างอากาศในถุงลมกับเลือดที่ไหลเวียนไป เรียกภาวะนี้ว่า V/Q mismatch ในขณะที่ท่านอนคว่ำมีผลทำให้ปอดส่วนหลังสลับมาอยู่ด้านหน้าทำให้ไม่เกิดการกดทับ ปอดที่เคยแฟบมีโอกาสขยายตัว ทำให้เลือดกระจายไปทั่วทั้งปอดได้ดีขึ้น การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มมากขึ้น ช่วยระบายเสมหะได้ดีขึ้น

ข้อบ่งชี้ของการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำตาม Berlin definition of ARDS[1,5]

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ARDSตั้งแต่ระดับ moderate ถึง severe ใน 12-24 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาใน ICU

2. ได้รับการดูแลด้วย lung protective strategy อย่างเหมาะสมแล้ว แต่ยังมีค่า P/F ratio < 150

3. ในขณะที่ใช้ FiO2 > 0.6 และ PEEP > 5 ไม่สามารถคงไว้ซึ่ง SpO2 88-95 %, PaO2 55-60 mmHg และ pH>7.2

ข้อห้ามในการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำดังนี้[1,5]

1. มีภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง (Intracranial pressure > 30 mmHg หรือ Cerebral perfusion pressure < 60 mmHg)

2. มีภาวะไอเป็นเลือดปริมาณมาก (massive hemoptysis) ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการทำ intervention

3. ได้รับการผ่าตัดหลอดลม หรือ sternotomy ภายใน 15 วัน ไม่มีการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าอย่างรุนแรงหรือได้รับการผ่าตัดบริเวณใบหน้าภายใน 15 วัน

4. ได้รับการรักษาด้วย deep venous thrombosis ภายใน 2 วัน

5. ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการใส่ cardiac pacemaker ภายใน 2 วัน

6. ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลัง ข้อสะโพก หรือสะโพกหักและไม่เสถียร

หากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำและไม่มีข้อห้ามแพทย์จะพิจารณารักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ ตาม American Thoracic Society Clinical Practice Guideline 2023 แนะนำให้จัดผู้ป่วยในท่านอนคว่ำอย่างน้อย 12 ชั่วโมงต่อวัน และควรทำในช่วงที่เป็น Early ARDS (ภายใน 48 ชั่วโมงหรือไม่เกิน 36 ชั่วโมง)[5] แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจจะมีระยะเวลาในการนอนคว่ำยาวกว่านั้นขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เจ้าของไข้และอาการของผู้ป่วยรายนั้นๆ และบางรายอาจมีการจัดท่า prone position มากกว่า 1 ครั้ง หรือจนกว่าภาวะ ARDS จะดีขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ

การรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำนั้นเป็นประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วย ARDS แต่ในระหว่างการทำหัตถการมีโอกาสเกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ จนกระทั่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จากสถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ[7] พบว่าภาวะแทรกซ้อนหลักคือการเกิดแผลกดทับ สามารถเกิดได้ร้อยละ 30.2 มีเลือดออกระหว่างการทำหัตถการร้อยละ 25.4 และสายต่างๆ เลื่อนหลุดร้อยละ 12.7 สอดคล้องกับการศึกษาภายหลังการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วย ARDS โดยมีใช้เวชภัณฑ์ป้องกันแผลกดทับและเปลี่ยนท่าศีรษะทุก 2 ชั่วโมงแล้ว[9] พบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับร้อยละ 56.3 ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับมากที่สุด คือ บริเวณใบหน้าของผู้ป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 76.2 ซึ่งแผลกดทับสามารถพบได้ตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึงระดับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep tissue injury) และระดับที่พบมากที่สุดคือระดับที่สองร้อยละ 66.2 เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาบาดแผลที่เกิดขึ้นหลังจากการฟื้นหายจากภาวะ ARDS ผู้ป่วยบางรายเกิดบาดแผลขนาดใหญ่ส่งผลให้สูญเสียภาพลักษณ์หรือสูญเสียอวัยวะบางส่วนได้

จากสถิติการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วย ARDS ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2558 โดยใช้หมอนเจลสำหรับการจัดท่านอนคว่ำ พบว่าภายหลังการรักษาโดยการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำเป็นเวลานาน 16 ชั่วโมง เกิดแผลกดทับในระดับรุนแรงคือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกทุกราย จึงได้มีการประชุมวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการแก้ไข ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 - 2560 จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการแก้ไขปัญหาโดยการนำผลิตภัณฑ์ที่ช่วยลดการเกิดแผลกดทับมาปิดบริเวณปุ่มกระดูกก่อนทำการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ[11] ซึ่งสามารถช่วยลดความรุนแรงของแผลกดทับจากระดับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกเป็นระดับ 2 ได้ในรายที่มีการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำครั้งแรก แต่ยังเกิดแผลกดทับระดับรุนแรงคือบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกในผู้ป่วยที่มีการทำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้การวินิจฉัยเป็น ARDS โดยใช้หมอนเจล[10] ซึ่งก่อนทำได้มีการทา skin barrier และปิด hydrocolloid sheet เพื่อป้องกันแผลกดทับตามปุ่มกระดูก และมีการเปลี่ยนท่าบริเวณศีรษะ พบว่า ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับร้อยละ 80 ส่วนใหญ่เป็นแผลกดทับระดับที่สองร้อยละ 65 และบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกร้อยละ 6 จึงได้มีการจัดทำแนวปฏิบัติและอบรมบุคคลากรให้มีความตระหนักและปฏิบัติอย่างเคล่งครัด และเพิ่มเติมในการเปลี่ยนท่าศีรษะทุก 2 ชั่วโมง พบว่าเกิดแผลกดทับลดลง แต่ยังพบแผลกดทับได้ถึงร้อยละ 60 ส่วนใหญ่เป็นแผลกดทับระดับที่สองร้อยละ 88 จะเห็นได้ว่าถึงแม้มีมาตราการป้องกันแผลกดทับทับเป็นอย่างดีแล้วผู้ป่วยยังสามารถเกิดแผลกดทับได้

จากนั้นต่อมาในปี พ.ศ. 2562 – 2564 ได้มีการพัฒนาร่วมกันในหลายฝ่ายจนเกิดนวัตกรรมที่จะนำมาใช้ป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นหมอนยางพาราสำหรับการจัดท่านอนคว่ำร่วมกับการใช้เวชภัณฑ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับลดลงจากความรุนแรงระดับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกจนถึงไม่เกิดแผลกดทับเลยในการจัดท่านอนคว่ำครั้งแรกและไม่เกิน 17 ชั่วโมง จากนั้นจัดทำเป็นแนวปฏิบัติและฝึกอบรมให้บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤติเพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับบุคคลากรทางการพยาบาลจากการศึกษ พบว่าการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะพยาบาล และการนิเทศ บุคคลากรสามารถเพิ่มความรู้และความมั่นใจในทำงานมากขึ้น[7,12] ต่อมาเมื่อมีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีจำนวนผู้ป่วย ARDS เพิ่มขึ้น และพยาธิสภาพของปอดจากการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น ทำให้ต้องมีการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำที่ยาวนานขึ้น และบางรายต้องทำการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำยาวนานเกินกว่า 24 ชั่วโมงและจำนวนการจัดท่านอนคว่ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ส่งผลให้ภายหลังการรักษาผู้ป่วยเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 2 จนถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก จากการศึกษาได้มีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่างๆ

เข้ามาช่วยในการรักษาแผลรวมถึงการป้องกันการเกิดแผล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[13] ดังนั้นจึงได้นำนวัตกรรมในการช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับและพบว่ามีที่นอนลมสำหรับ prone position จึงได้นำเข้ามาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน

จากปัจจัยของการเกิดแผลกดทับจะเห็นได้ว่าการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นอย่างมากเนื่องจากมีทั้งปัจจัยจากแรงกดทับจากน้ำหนักตัวของผู้ป่วยกดลงบริเวณปุ่มกระดูกซึ่งแรงกดนั้นมีมากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท[14] การจำกัดการเคลื่อนไหวโดยผู้ป่วยจะถูกจัดท่านอนคว่ำและให้นอนอยู่ท่าเดิมยาวนานมากกว่า 12 ชั่วโมง การจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ ได้แม้แรงกดทับนั้นจะมีปริมาณไม่มากก็ตาม แต่หากมีแรงกดที่มากร่วมกับระยะเวลาการกดที่ยาวนานจะส่งผลให้เนื้อเยื่อมีการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยระบบไหลเวียนของผู้ป่วยเป็นอีกหนึ่งแรงกระตุ้น เช่นภาวะช็อคต้องได้รับยากระตุ้นความดันหรือยาตีบหลอดเลือดจะส่งผลให้เกิดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายและเนื้อเยื่อลดลงจนถึงขั้นขาดเลือดได้ หากนำปัจจัยทั้งสามรวมกันจะเห็นว่าผู้ป่วยจะเกิดแผลกดทับได้ตั้งแต่ระดับที่ 2 จนถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกได้ ดังนั้นการลดการเกิดแผลกดทับจึงต้องกำจัดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ปัจจัยด้านผู้ป่วยในเรื่องระบบไหลเวียนเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก และปัจจัยด้านการจำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถกำจัดได้ เนื่องจากเป็นหลักของแนวทางในการรักษา ARDS เหลือเพียงปัจจัยด้านแรงกด หากสามารถลดแรงกดที่กระทำต่อหลอดเลือดและผิวหนังไม่ให้เกินกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท ถึงแม้จะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวแต่หลอดเลือดไม่ถูกบีบอัดด้วยแรงกดมากเกินกว่าแรงดันในหลอดเลือฝอย ทำให้โอกาสการเกิดแผลกดทับลดลงด้วย

ที่นอนลม

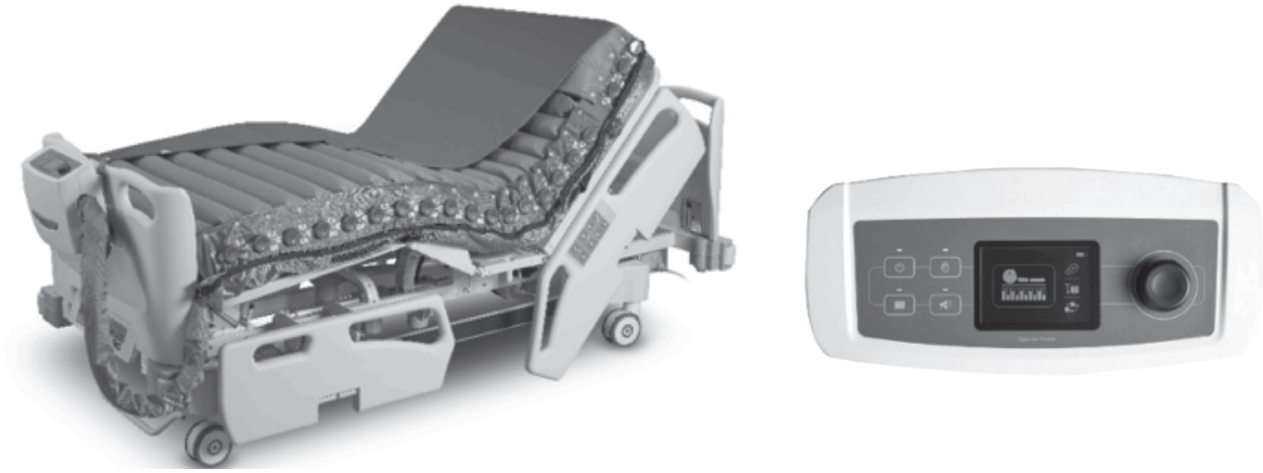
ที่นอนลม คืออุปกรณ์ที่ช่วยกระจายแรงกดทับทำงานโดยเครื่องปั๊มลมไฟฟ้า ตัวที่นอนจะมีการสลับยุบพองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผิวหนังบริเวณนั้นไม่ถูกกดทับเป็นเวลานาน เป็นอีกหนึ่งนวัตกรรมที่นำเข้ามาใช้เพื่อช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและได้มีการพัฒนารูปแบบเพื่อให้มีการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ดียิ่งขึ้น จากเดิมที่นอนลมจะเป็นแบบใช้หลักการสลับความดันแต่ละลูกลอน ให้ลูกลอนพองลมสลับกันอย่างต่อเนื่องทุกๆ 10-15 นาที โดยใช้เครื่องปั๊มลมอัตโนมัติ เพื่อกระจายแรงกดทับ และเปลี่ยนตำแหน่งผิวหนังที่สัมผัสกับที่นอน จากการศึกษา[15] พบว่าที่นอนลมที่มีโหมดในการสลับแรงลูกลมแบบไดนามิกจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของอากาศและสามารถลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณก้นกบของผู้ป่วยได้ดีกว่าที่นอนแบบปกติ

ปัจจุบันมีการพัฒนาที่นอนลมให้มีการคำนวนน้ำหนักผู้ป่วยอัตโนมัติด้วยระบบเซนเซอร์ให้มีการกระจายแรงดันลมในที่นอนและปรับแรงดันลมในทุกส่วนของที่นอนที่สำผัสกับร่างกายได้ตามความเหมาะสม โดยให้มีแรงดันต่อผิวสัมผัสผู้ป่วยไม่เกิน 30 มิลลิเมตรปรอท จากการศึกษา[16] พบว่าได้มีการพัฒนาที่นอนลมให้มีระบบเซ็นเซอร์ โดยเซนเซอร์จะวัดแรงกดของร่างกายต่อที่นอน จากนั้นจะส่งสัญญาณให้ปรับลดแรงดันในลูกลมเพื่อกระจายแรงกด สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอัมพาตนอนติดเตียงได้อย่างมีนัยสำคัญ

ที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำ

ที่นอนลมสำหรับจัดท่านอนคว่ำ เป็นอีกนวัตกรรมหนึ่งที่ผลิตจากประเทศไต้หวันนำเข้ามาในประเทศไทยและใช้ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นแห่งแรกในปี พ.ศ. 2565 และมีการเผยแพร่ให้มีการใช้ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ ARDS ด้วยการจัดท่านอนคว่ำ เพื่อช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ โดยเฉพาะในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ ARDS ต้องจัดท่านอนคว่ำเป็นระยะเวลานานมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน และต้องมีการเว้นตำแหน่งบริเวณท้องเพื่อลดแรงดันในช่องท้อง ดังนั้นที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำจึงต้องมีลักษณะตรงตามรูปแบบของการรักษา โดยสามารถปรับลดแรงกดตำแหน่งต่างๆตามแบบแผนการรักษาได้ โดยการปรับลดลูกลมภายหลังการจัดท่านอนคว่ำ ด้วยเทคนิค individual air cell deflation คือทำให้ปรับความดันลมแต่ละลอนแยกกันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย สามารถปรับยกด้านศรีษะให้ยกสูงในท่านอนคว่ำโดยยกทำมุม 10 และ 20 องศา เพื่อให้สะดวกในการเปลี่ยนท่าศีรษะ ลดแรงกดที่กระทำต่อผิวผู้ป่วยด้วยระบบการกระจายแรงลม (Dynamic pressure retribution air mattress) มีปั๊มลมช่วยระบายอากาศและความชื้นและปรับแรงลมตามส่วนต่างๆของที่นอนได้ มีระบบไดนามิคที่ช่วยระบายความร้อนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีจังหวะเพิ่มและลดของที่นอนลมเป็นระยะๆ สามารถตั้งการทำงานได้ 4 ระดับคือ 10, 15, 20 และ 25 นาที ที่นอนลมมีฟังก์ชั่นการทำงานคำนวนน้ำหนัก

ผู้ป่วยอัตโนมัติด้วยระบบ sensor โดยสามารถรับน้ำหนักได้ตั้งแต่ 40 กิโลกรัม ถึง 250 กิโลกรัม และที่นอนลมสามารถใช้ได้ทั้งการจัดท่านอนคว่ำและนอนหงายตามปกติโดยกดเลือกปรับโหมดนอนคว่ำ โหมดนอนหงาย และโหมดปรับศรีษะต่างๆ



ภาพที่ 1 แสดงที่นอนลมและตัวเครื่องควบคุมการทำงานของที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำ

จากการศึกษาพบว่ามีนวัตกรรมที่ช่วยลดการเกิดแผลกดทับและลดค่าใช้จ่ายในการใช้เวชภัณฑ์ป้องกัน จากการศึกษาในต่างประเทศ[17] พบว่ามีการใช้ที่นอนลมสำหรับการนอนคว่ำ ซึ่งที่นอนลมจะมีตัวรับสัญญาณในการประเมินน้ำหนักของผู้ป่วย แล้วส่งไปที่ตัวควบคุมเพื่อให้กระจายน้ำหนักให้กดที่ผิวของผู้ป่วยในแต่ละตำแหน่งไม่เกิน 30 มิลลิเมตรปรอท เป็นแรงกดในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดแผลกดทับ จึงได้นำที่นอนลมสำหรับนอนคว่ำมาวัดแรงกดโดยใช้ pressure map สำหรับทดสอบแรงกด พบว่าแรงกดที่มีต่อปุ่มกระดูกในแต่ละส่วนไม่เกินมาตรฐาน โดยวัดได้ 20 มิลลิเมตรปรอท (แถบสีน้ำเงิน) อีกทั้งลักษณะที่นอนเป็นลูกลมที่มีการแยกส่วนการควบคุมในแต่ละลูก ตัวที่นอนเป็นลอนต่อกัน 21 ลอนซึ่งทำจากไนลอน โดยปรับการไหลเวียนของแรงลมเป็นอิสระต่อกันผ่านเครื่องปั๊มลมอัตโนมัติ ทำให้สามารถปรับลดลูกลมได้ตามต้องการไม่ส่งผลต่อลูกลมอื่นๆ ซึ่งการทำ prone position ต้องมีการลดแรงกดบริเวณช่องท้องเพื่อลดแรงดันในช่องท้อง ลดลูกลมบริเวณปลายเท้าเพื่อป้องกันปลายเท้าตก ทำให้สะดวกต่อการจัดท่านอนคว่ำอีกด้วย ดังนั้นจึงได้นำนวัตกรรมนี้มาใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะ ARDS และต้องการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ



ภาพที่ 2 แสดงการทดสอบแรงกดโดยใช้ pressure map ของที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำ

ผลของการใช้ที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำ

จากการใช้ที่นอนลมสำหรับจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ARDS และมีข้อบ่งชี้ในการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ ในหออภิบาลอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2565 จนถึงเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2567 โดยมีที่นอนลมสำหรับการนอนคว่ำจาก 1 เตียง จนมีครบทุกเตียงในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 25 ราย พบว่า ไม่เกิดแผลกดทับ 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 84 และเกิดแผลกดทับ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด หากนำมาคิดตามจำนวนครั้งของการทำ prone position ของผู้ป่วย 25 รายมีการทำ prone position ทั้งหมด 44 ครั้ง ระยะเวลาในการ prone position อย่างต่อเนื่อง ยาวนานที่สุด 109 ชั่วโมง และน้อยที่สุด 17 ชั่วโมง และจำนวนครั้งที่ของการ prone position มากที่สุดในผู้ป่วย 1 ราย คือ 6 ครั้ง โดยผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับภายหลังการทำ prone position เมื่อนำมาวิเคราะห์เป็นรายกรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับมีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 58 ปี ซึ่งผู้ป่วยมี โรคประจำตัวเป็น T2DM with HT with ESRD with hyperthyroid เข้ารับการรักษาด้วยเรื่องปอดติดเชื้อโควิด 19 และมีภาวะ ARDS with septic shock CXR : bilateral infiltration both lung P/F ratio 101 ผล lab ABG : metabolic acidosis ร่วมกับสัญญาณชีพไม่คงที่มีภาวะ shock ความดันโลหิตต่ำ จึงต้องใช้ยากระตุ้นความดันในปริมาณที่สูง อีกทั้งผู้ป่วยยังมีภาวะของเสียคั่งและเลือดเป็นกรดจากการทำงานของไตเสียหน้าที่ต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกไตอย่างต่อเนื่อง (Continuous renal replacement therapy : CRRT) ในส่วนของภาวะ ARDS นั้นต้องได้รับการรักษาโดยการนอนคว่ำ จึงได้ทำการจัดท่านอนคว่ำโดยใช้ที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำในครั้งแรกให้ผู้ป่วยนอนคว่ำอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลา 109 ชั่วโมงโดยไม่มีการพลิกหายกลับมา ซึ่งทำการประเมินปอดของผู้ป่วยป่วยจากภาพฟิล์ม x-ray และผลทางห้องปฏิบัติการพบว่าการจัดท่านอนคว่ำทำให้ปอดของผู้ป่วยมีการขยายตัวที่ดีขึ้นและค่า P/F ratio ดีขึ้นตามลำดับแพทย์จึงพิจารณาให้นอนคว่ำต่อเนื่องยาวนาน จากการศึกษายังไม่มีการศึกษาใดที่มีการ prone position ยาวนานเท่าในกรณีศึกษานี้ เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยโควิด-19 อยู่ในมาตราการป้องกันในการแพร่กระจายเชื้อและพยาธิสภาพของปอดที่รุนรุนทำให้มีการทำ prone position ที่ยาวนานกว่าปกติ ภายหลังจากครบกำหนดได้จัดท่าผู้ป่วยเป็นท่านอนหงายพบว่าผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้า หน้าอก หน้าท้องหรือปุ่มกระดูกเลย

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 22 ปี รูปร่างอ้วน BMI > 30 เข้ารับการรักษาด้วยเรื่องปอดติดเชื้อและเกิดภาวะ ARDS จึงได้รับการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำ โดยใช้ที่นอนลมสำหรับนอนคว่ำโดยไม่ได้ใช้เวชภัณฑ์ปิดบริเวณปุ่มกระดูก ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการจัดท่านอนคว่ำ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลายาวนาน 24 ชั่วโมง หลังการจัดท่านอนคว่ำครบกำหนด พบว่าผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าและปุ่มกระดูกตามร่างกาย

กรณีศึกษาที่ 3 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 47 ปี มีโรคประจำตัวคือ T2DM with HT with DLP เข้ารับการรักษาด้วยเรื่องปอดอักเสบติดเชื้อและมีภาวะ shock จากนั้นเกิดภาวะ ARDS แพทย์จึงทำการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำโดยใช้ที่นอนลมสำหรับนอนคว่ำโดยไม่ได้ใช้เวชภัณฑ์ปิดบริเวณปุ่มกระดูก ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการจัดท่านอนคว่ำทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลายาวนาน 24 ชั่วโมง เมื่อทำการจัดท่านอนหงายกลับมาพบว่าผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับทั้งบริเวณใบหน้า หน้าอก หน้าท้องและเข่า

การใช้ที่นอนลมสำหรับ prone position ในช่วงแรกยังพบปัญหาจากการใช้งานและเกิดแผลกดทับจำนวน 3 ราย เมื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขเป็นรายกรณีศึกษาในผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยรายแรกที่เกิดแผลกดทับนั้นปัญหาเกิดจากความรู้และทักษะการใช้เครื่องมือ ทำให้ผู้ป่วยที่ทำการ prone position นั้นเกิดแผลกดทับได้ เนื่องจากมีการลดจำนวนลูกลมมากกว่ากว่า 40% ของจำนวนลูกลมทั้งหมด ทำให้เครื่องควบคุมไม่สามารถทำงานได้ อีกทั้งเป็นผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อทำให้การเข้าไปตรวจสอบการทำงานและทำการประสานงานเพื่อแก้ไขความขัดข้องของเครื่องมีความล่าช้าเกินกว่า 6 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้ จึงได้มีการแก้ปัญหาโดยการอบรมบุคคลากรในการใช้ที่นอนลม จัดทำเป็นคู่มือการใช้งานอย่างง่ายและข้อควรระวังในการใช้งาน ภายหลังการแก้ปัญหาบุคคลากรสามารถใช้งานที่นอนลมได้อย่างถูกต้องไม่พบเหตุการณ์ขัดข้องของเครื่องควบคุมอีก

2. ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับบริเวณปลายจมูก เนื่องผู้ป่วยมีปัญหาข้อติดบริเวณคอ ไม่สามารถหันหน้าตะแคงได้จึง

ทำให้ปลายจมูกกดเบียดไปบนผ้าปูที่นอนมากเกินไป ส่งผลให้เกิดแผลกดทับที่ปลายจมูก จึงได้หาวิธีการแก้ปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยต้องจัดท่านอนคว่ำและไม่สามารถตะแคงหน้าได้ มีวิธีแก้ปัญหาโดยการถอดหมอนเมมโมรี่โฟมที่อยู่ด้านบนของที่นอนออก จากนั้นลดลูกลมตรงกลางของส่วนศีรษะลง จะทำให้บริเวณปากและจมูกไม่ถูกกด จากการแก้ไขและใช้วิธีการนี้กับผู้ป่วยรายเดิมพบว่าไม่เกิดแผลกดทับเพิ่มเติมหลังจากการ prone position ส่วนในตำแหน่งอื่นๆ ตามร่างกายไม่มีส่วนใดเกิดแผลกดทับ

3. เกิดจากผู้ป่วยมีปัญหาที่ผิวหนังคือเป็นมะเร็งผิวหนัง ผิวหนังบริเวณใบหน้าบางกว่าปกติ และเปลือกตาปิดไม่ได้ ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันลมตลอดเวลา แต่ไม่มีข้อห้ามในการ prone position เนื่องจากเป็นความผิดปกติของผิวหนังไม่ใช่การบาดเจ็บของกระดูก แพทย์จึงพิจารณาให้ทำ prone position ซึ่งในการจัดท่านอนคว่ำต้องใช้วัสดุป้องกันดวงตา (แว่นตากันลม) และใช้ผ้าพับหนารองใต้คางเพื่อไม่ให้วัสดุนั้นกดทับรอบดวงตามากเกินไป แต่เนื่องจากผิวหนังของผู้ป่วยไม่แข็งแรงอยู่เดิมจากโรงมะเร็งผิวหนังเมื่อมีการกดทับลงไปจึงเกิดแผลกดทับบริเวณใต้วัสดุป้องกันดวงตา และคางจากการกดทับบนผ้าที่มีความแข็งและไม่กระจายแรงกด ภายหลังการ prone position พบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับเฉพาะบริเวณใบหน้าที่มีการใช้อุปกรณ์เสริม แต่ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณอื่นๆ ตามร่างกาย

บทสรุป

การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการ prone position เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพยาบาล ซึ่งการนำพื้นผิวรองรับ (support surface) มาใช้สามารถลดการเกิดแผลกดทับได้จริง ปัจจุบันมีการนำนวัตกรรมต่างๆ เข้ามาช่วยเหลือและเพิ่มคุณภาพในการบริการผู้ป่วย ที่นอนลมสำหรับการ prone position เป็นอีกนวัตกรรมหนึ่งที่ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการ prone position ใช้ได้ทั้ง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยจนถึงน้ำหนักไม่เกิน 250 กิโลกรัม นอกจากนี้ที่นอนลมสำหรับการจัดท่านอนคว่ำยังช่วยลดแรงในการยกผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องมีการสอดหมอน ด้วยการยกพลิกคว่ำตัวผู้ป่วยไม่ต้องยกลอยค้างไว้เพื่อรอการสอดหมอน เป็นการลดทั้งระยะเวลาและจำนวนครั้งในการยกตัวผู้ป่วย นอกจากการป้องกันการเกิดแผลกดทับในท่านอนคว่ำแล้วยังสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับทั้งในท่านอนตะแคงและนอนหงาย โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะวิกฤติที่ถูกจำกัดท่านอนหรือต้องนอนท่าเดิมนานๆ ทั้งจากการรักษาและการทำหัตถการได้อีกด้วย เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤติมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวอีกทั้งมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูง รวมถึงผู้ป่วยบางรายอาจมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาโดยการ prone position จะได้สามารถให้การรักษาได้ทันทีโดยไม่ต้องมีการเคลื่อนย้ายเตียงหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนที่นอน หออภิบาลอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจึงได้นำที่นอนลมสำหรับจัดท่านอนคว่ำโดยเฉพาะมาใช้ทุกเตียงพบว่าจากการสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับ และอัตราการเกิดแผลกดทับเป็นศูนย์ ดังนั้นการเลือกนวัตกรรมที่นอนลมสำหรับการนอนคว่ำเข้ามาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับทั้งในการจัดท่าคว่ำและจัดท่านอนหงายของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ทีมผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ARDS ที่ต้องรักษาด้วยการจัดท่านอนคว่ำอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตราฐานวิชาชีพ

References

1. Arabi Y, Arroliga A, Bernard G, Bersten A, Brochard L, Calfee C, et al. A New Global Definition of Acute Respiratory Distress Syndrome. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2024.
2. Diamond M, Peniston HL, Sanghavi DK, Mahapatra S, Doerr C. Acute Respiratory Distress Syndrome (Nursing). Island: StatPearls Publishing; 2023.
3. Parcha V, Kalra R, Bhatt SP, Berra L, Arora G, Arora P. Trends and geographic variation in acute respiratory failure and ARDS mortality in the United States. Chest journal. 2021;159(4): 1460-72.
4. Huang X, Zhang R, Fan G, Wu D, Lu H, Wang D, et al. Incidence and outcomes of acute respiratory distress syndrome in intensive care units of mainland China: a multicenter prospective longitudinal study. critical care journal. 2020;24(1):515. doi: 10.1186/s13054-020-03112-0. PMID: 32819400; PMCID: PMC7439799.

5. Qadir N, Sahetya S, Munshi L, Summers C, Abrams D, Beitler J, et al. An update on management of adult patients with acute respiratory distress syndrome: an official American Thoracic Society clinical practice guideline. American journal of respiratory and critical care medicine 2024;209(1):24-36.
6. Gattinoni L, Brusatori S, D'Albo R, Maj R, Velati M, Zinnato C, et al. Prone position: how understanding and clinical application of a technique progress with time. Anesthesiology and Perioperative Science Journal. 2023;1(1): 1-17.
7. Pérez-Juan E, Maqueda-Palau M, Feliu-Roig C, Gómez-Arroyo JM, Sáez-Romero D, Ortiz-Monjo A. Incidence of pressure ulcers due to prone position in patients admitted to the ICU for Covid-19. Enfermería Intensiva (English edition) Journal. 2023;34(4):176-85.
8. McEvoy NL, Friel O, Clarke J, Browne E, Geoghegan P, Budri A, et al. Pressure ulcers in patients with COVID-19 acute respiratory distress syndrome undergoing prone positioning in the intensive care unit: a pre-and post-intervention study. Nursing in Critical Care Journal. 2023;28(6):1115-23.
9. Binda F, Galazzi A, Marelli F, Gambazza S, Villa L, Vinci E, et al. Complications of prone positioning in patients with COVID-19: a cross-sectional study. Intensive and Critical Care Nursing Journal. 2021;67(1):1030-88.
10. Aimmak B, Nuekwen P, Khanacharoen S, Homjeen T. The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for the Prevention of Complications from Prone Position in Patientswith Acute Respiratory Distress Syndrome. Rajavithi Hospital. Vajira Nursing Journal. 2022;24(1):51-66. (in Thai)
11. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guide lines. The international guideline. 3rd ed. Emily Haesler. editor. EPUAP, NPIAP, PPPIA; 2019.
12. Chaiyara S, Nadsantia P, Srithong I, Sirimontri J. The Development of Nursing System for Critical ill patients with covid-19 at Sakon Nakhon Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):435-45. (in Thai)
13. Prapainop K, Artsanthia J. Wound Care for Patients in Thailand 4.0 with Nanotechnology. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(3): 9-15. (in Thai)
14. Ketsamphan Y. From pressure ulcer to pressure injury: Etiology, definition and staging. In: Wongwisetkan J, Sinmaneerat C, Phumraya P, Chuangsawatsak S, editors. Pressure ulcer skin injury and chronic wound: nursing professional issues and opportunity in new ages: Ebook ; 2018. (in Thai)
15. Katz T, Gefen A. The biomechanical efficacy of a hybrid support surface in protecting supine patients from sacral pressure ulcers. International Wound Journal. 2023;20(8): 3148-56.
16. Misaki A, Imanishi K, Takasugi SI, Wada M, Fukagawa S, Furue M. Body pressure sensing mattress for bedsore prevention. SEI technical review Journal. 2014;78(1):95-9.
17. Kawabata T, Sugama J. Relationship between mattress internal air pressure and interface pressure distribution in the lateral position. International Wound Journal. 2022;19(8): 2115-23.

สมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วย: การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนสำหรับพยาบาลจบใหม่

Patient Safety Competency : Nursing Care for Prevention with Catheter-Associated Urinary Tract Infection for New Graduated Nurses

จุฬาพร ยาพรม* นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ
Chulaporn Yaprom* Nunthida Chuamanochan
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10300
Kaukarun Faculty of Nursing, Navamindradharaj University, Bangkok, Thailand 10300

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้เขียนถึงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยนั้น จำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานในการดูแลที่มีข้อมูลที่รอบด้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นข้อมูลด้านสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนสำหรับพยาบาลจบใหม่ ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงต้องมุ่งเน้นการสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลจบใหม่ให้เห็นความสำคัญด้านความปลอดภัย สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาชีพ ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลนี้เป็นประโยชน์กับผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลพี่เลี้ยง ซึ่งจำเป็นต้องเข้าใจและรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลจบใหม่ดังกล่าวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : สมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วย, พยาบาลจบใหม่, การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวน, การพยาบาล

Abstract

This academic article writes about the development of effective and safe patient care. Therefore, patient safety performance development needs to be focused on building patient care capabilities with information around the side. It is intended to provide information on performance, patient safety, and nursing to prevent urinary tract infections in patients who are putting on a garden line for newly completed nurses. So, patient security performance development must focus on building capacity for care of patients for the newly finalized nurse, highlighting safety priorities. Can properly care for patients according to professional principles. The author very much hopes that this information will be useful to nurse administrators, professional nurses, and midwives who need to understand and perceive information related to the development of performance, safety of patients of such newly graduated nurses in order to keep patient care of quality and effectiveness.

Corresponding Author: *Email: chulaporn@nmu.ac.th

วันที่รับ (Received) 2 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 7 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 17 ส.ค. 2567

Keywords : Patient safety Competency, New graduated nurses, Catheter-Associated Urinary Tract Infections, Nursing

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายและเป็นสิ่งที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าความปลอดภัยในผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญที่พูดถึงกันทั่วโลก ในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยผลกระทบที่สำคัญของความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์มีรายงานและข้อถกเถียงกันในมุมกว้าง[1] โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกได้กำหนดแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทั่วโลก พ.ศ. 2564-2573 จัดทำกรอบการดำเนินการสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในการเข้าร่วมความพยายามและดำเนินการริเริ่มด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในลักษณะที่ครอบคลุม เป้าหมายคือ “เพื่อให้บรรลุการลดอันตรายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยทั่วโลก” ซึ่งจากสถิติข้อมูลพบว่าข้อผิดพลาดทางการแพทย์ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 10 รายได้รับอันตรายจากการดูแลผู้ป่วยและมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านคนต่อปีเนื่องจากการดูแลที่ไม่ปลอดภัย และในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางผู้คนมากถึง 4 ใน 100 คนเสียชีวิตจากการดูแลที่ไม่ปลอดภัย[2,3,4]

พยาบาลจบใหม่เป็นผู้ที่เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่พยาบาลวิชาชีพพึงมี และไม่สามารถนำทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสู่การปฏิบัติตามสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ความเชื่อมั่นตนเองลดลง ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้ประเด็นด้านสิทธิและการคุ้มครองผู้บริโภคได้พัฒนาไปอย่างก้าวกระโดด ดังนั้นหากผู้ป่วยต้องพบกับความผิดหวังหรือได้รับอันตรายจากการประกอบอาชีพ จึงเกิดกรณีการร้องเรียนฟ้องร้องเพิ่มขึ้น เช่น กรณีความผิดพลาดการให้เลือดผิด การปล่อยปละละเลยทอดทิ้งผู้ป่วย เป็นต้น และจากข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น การใส่หรือคาอุปกรณ์ต่าง ๆ ในขณะได้รับการรักษา

พยาบาลจบใหม่ถือเป็นบุคลากรทางการพยาบาลจะต้องพัฒนาและเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่การทำงานในโรงพยาบาล เป็นผู้ดูแลด้านสุขภาพที่สำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนาสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับพยาบาลจบใหม่จึงจำเป็นในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลจบใหม่เกิดความพร้อมในการให้การพยาบาล และสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพทุกคนต้องตระหนักและให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล[5]

ความสำคัญของความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) หมายถึงการปราศจากความเสียหาย หรืออันตรายอันเป็นผลจากการรักษา ได้แก่ การที่ผู้ป่วยตาย พิการ หรือได้รับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นมีผลให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยมิได้คาดหมายมาก่อน เช่น ผลจากโรคแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผลจากอุบัติเหตุ ความผิดพลาดต่าง ๆ เป็นกฎระเบียบที่ค่อนข้างใหม่ข้อหนึ่งในสาขาการ ดูแลสุขภาพอันมุ่งเน้นไปยังการหาวิถีทางที่จะป้องกันความผิดพลาดในการรักษา[5] ส่วนอีกความหมายหนึ่ง ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและปราศจากความเสี่ยงหรืออันตรายในระหว่างการเข้ารับการรักษาบริการสุขภาพ ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญอย่างมาก[5,6] ดังนี้

1. ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยมีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยและป้องกันความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากรทางด้านสุขภาพพร้อมทั้งส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ

2. ภาวะแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์จะเกิดกับผู้รับบริการและมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

3. ระบบคุณภาพในการทำงานจะไม่ถูกพัฒนา

4. เกิดความผิดพลาดทั้งผู้ป่วยและแพทย์เกิดความเสี่ยงนำไปสู่การฟ้องร้องและเสียความเชื่อมั่น ต่อการบริการสุขภาพ

5. ผู้ป่วยหกล้มได้รับบริการที่ไม่ปลอดภัย ทั้งจากการสื่อสาร การพลัดตก ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิต

6. เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยมีความรู้ และรู้สิทธิผู้ป่วยมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยแบบเดิมอาจไม่เพียงพอ ต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มากขึ้น จึงควรมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ความสำคัญของสมรรถนะของพยาบาลจบใหม่

พยาบาลจบใหม่ คือผู้ที่เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพใน 1 ปีแรก ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ต้องอาศัยการชี้นำจึงจะทำได้ มีความสนใจเฉพาะสิ่งที่มองเห็นหรือจับต้องได้และปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจบใหม่จะถูกคาดหวังจากผู้ใช้บัณฑิตว่าเป็นผู้มีสมรรถนะและมีคุณลักษณะตามที่กำหนดไว้ สำหรับพยาบาลจบใหม่จะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ และการเปลี่ยนบทบาทพึ่งพาเป็นบทบาทการดูแล ทำให้ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งทางด้านวิชาการ การบริหาร การปฏิบัติการพยาบาล ไม่เหมือนช่วงที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ทำให้พยาบาลจบใหม่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานรวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่ทำงานซึ่งมีบุคลากรหลายระดับ การเปลี่ยนแปลงระบบงาน สัมพันธภาพ ทำให้พยาบาลจบใหม่เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน[7] อีกทั้งความคาดหวังของผู้รับบริการกับ บุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือในฐานะพยาบาล ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่พยาบาลวิชาชีพพึงมีทำให้เกิดความรู้สึกกดดันระหว่างการปฏิบัติงาน เนื่องจากพยาบาลจบใหม่ต้องเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีต่าง ๆ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สู่การปฏิบัติตามสถานการณ์จริง ส่งผลให้ความเชื่อมั่นตนเองลดลง ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

พยาบาลจบใหม่ จะมีการแบ่งระดับ ระดับที่ 1 ตามแนวคิดของ Benner ซึ่งระดับเริ่มต้นงานใหม่ (Novice) จำเป็นอย่างมากในการปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง และมีการพัฒนาเกณฑ์ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่ควรมีความสามารถในการปฏิบัติงานการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการทุกช่วงวัย ไม่ว่าจะ สุขภาพดี เสี่ยงหรือป่วยมีความรู้ความสามารถระดับพื้นฐาน ในการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน วิกฤติ และการด้าน สูติศาสตร์ได้

สภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย[8] ยังได้ตั้งข้อสังเกตอีกว่า ความสามารถเกี่ยวข้องกับความรู้ ความสามารถ และทัศนคติในการปฏิบัติงานพยาบาลอย่างปลอดภัยภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพและผู้สำเร็จการศึกษาใหม่ควรจะสามารถบูรณาการ ผสมผสานและประยุกต์ความรู้ ความสามารถ และทัศนคติในการพยาบาลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการบูรณาการความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับตลอด 4 ปีของการเรียนพยาบาลและการทำงานในโรงพยาบาลให้เหมาะสม การปฏิบัติทางการพยาบาล

สำหรับวิชาชีพพยาบาลนั้นสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักให้พยาบาลยึดถือปฏิบัติ เพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 8 ด้าน 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) สมรรถนะด้าน การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 5) สมรรถนะด้านการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 6) สมรรถนะด้านการสื่อสาร และการสร้างความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ 7) สมรรถนะด้านการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางวิชาชีพ 8) สมรรถนะด้านสังคม[8,9]

สมรรถนะพยาบาลจบใหม่เป็นรากฐานสำคัญของการจัดการทรัพยากรมนุษย์และมีความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานพยาบาลทุกระดับโดยเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นสมรรถนะพยาบาลจบใหม่จึงมีความสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะด้านการพัฒนาด้านความรู้ ที่จะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องนั้นจะนำไปสู่การเกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้สมรรถนะของพยาบาลจบใหม่สามารถพัฒนาระดับได้จากระดับที่ 1 เป็นระดับที่ 2 หรือ 3 ตามระยะเวลาและประสบการณ์การทำงาน พยาบาลจบใหม่ จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เพียงพอเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีมาตรฐาน ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยมีความปลอดภัยอย่างสูงสุด

สมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลจบใหม่ในต่างประเทศ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลจบใหม่มากยิ่งขึ้น จึงขอเสนอ

ตัวอย่างกรอบสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สมรรถนะด้านความปลอดภัยของแคนาดาได้รับการพัฒนาโดยสถาบันความปลอดภัยของผู้ป่วยของแคนาดา[10] ความสามารถด้านความปลอดภัยทั้งหกด้าน ได้แก่ การจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ตัวแปรของคนและสิ่งแวดล้อม การทำงานเป็นทีมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการรับรู้ การตอบสนอง และการเปิดเผยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ องค์ประกอบทั้งหกนี้เป็นส่วนเสริมซึ่งกันและกัน องค์ประกอบหลักของความสามารถด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย วัฒนธรรม ทีม การสื่อสาร การจัดการความเสี่ยง ปัจจัยด้านมนุษย์และสิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ส่วนในประเทศอเมริกาจาก QSEN[11] สรุปสมรรถนะหกประการที่แสดงให้เห็นว่าความรู้ ทักษะและทัศนคติเกี่ยวข้องกับความสามารถ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานเป็นทีมและการทำงานร่วมกัน การปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ การปรับปรุงคุณภาพ ความปลอดภัย และสารสนเทศ ดังนั้นองค์ประกอบทั้งหกนี้เป็นส่วนเสริมซึ่งกันและกัน

และในประเทศออสเตรเลียมีการกำหนดกรอบความสมรรถนะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล[12] ทักษะดังต่อไปนี้: 1) การดูแลโดยคำนึงถึงบุคคลเป็นศูนย์กลาง 2) การสื่อสารการรักษา 3) ความสามารถทางวัฒนธรรม 4) การทำงานเป็นทีมและการทำงานร่วมกัน 5) การใช้เหตุผลทางคลินิก 6) การปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์; 7) การป้องกัน บรรเทาและตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์; 8) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ 9) ความปลอดภัยของยา

จะเห็นได้ว่าการกำหนดสมรรถนะความสามารถด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับพยาบาลจบใหม่ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และหลายประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในต่างประเทศได้ให้ความสำคัญของสมรรถนะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างจริงจังกับพยาบาลจบใหม่ ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับพยาบาลจบใหม่ในประเทศไทย ก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน โดยมีความแตกต่างตามบริบทของแต่ละประเทศ และการกำหนดสมรรถนะความปลอดภัยผู้ป่วยในประเทศไทยจะต้องกำหนดให้สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศไทย ซึ่งกำหนดโดยสภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย (TNMC)[8]

สมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลจบใหม่ในประเทศไทย

สมรรถนะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลจบใหม่ก็นับได้ว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพเช่นกัน โดยการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยได้อธิบายความหมายว่าเป็นการผสมผสานระหว่างความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ช่วยให้ปฏิบัติงานได้ ในการดูแลที่ปลอดภัยโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ต่อผู้ป่วย และในการศึกษานี้พบว่าในพยาบาล จบใหม่ควรมีการกำหนดสมรรถนะสมรรถนะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ 8 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและการปรับปรุงคุณภาพ สมรรถนะด้านทักษะทางวิชาการและการวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย สมรรถนะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมบุคลากรทางการแพทย์ สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และสุดท้ายคือสมรรถนะด้านนโยบายและเครือข่ายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย[13]

1. สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถในการให้การพยาบาลด้วยการตระหนักในคุณค่า ความเชื่อของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เช่น แสดงความคิดเพื่อปกป้องไม่ให้อยู่ในภาวะเสี่ยงหรือได้รับอันตรายจากการรักษาพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของผู้ป่วย ประยุกต์ใช้หลักการทางกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ เป็นต้น

2. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล หมายถึง ความสามารถในการระบุตัวผู้ป่วย ป้องกันกันการติดเชื้อ การใช้ยาอย่างปลอดภัย การป้องกันการตกเตียง แผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทำความสะอาดมือ 6 หรือ 7 ขั้นตอนได้อย่างถูกต้องก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ใช้เทคนิคการปลอดเชื้อในการทำหัตถการและปฏิบัติ

พยาบาลได้ถูกต้อง สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายได้ถูกต้อง เลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ สามารถประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย/โรงพยาบาล สามารถสอนผู้ป่วย ญาติและผู้มาเยี่ยมเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ การสวมหน้ากากอนามัยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อคจากการติดเชื้อได้ ให้การดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลได้

3. สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถ ในการประเมินวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาเพื่อคัดกรอง จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เร่งด่วนของปัญหาและจัดลำดับวิธีการพยาบาลอย่างเหมาะสม และมีคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ได้แก่ เป็นคนช่างสังเกตและไวต่อความเสี่ยง มีทัศนคติต่อบุคคลอื่นในเชิงบวก เป็นผู้รับฟังที่ดีและเข้าใจผู้อื่นและมีความกล้าแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะต่อบุคคลอื่นเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย เช่น ประเมินวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาเพื่อคัดกรอง จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงเร่งด่วนของปัญหาและจัดลำดับวิธีการพยาบาลอย่างเหมาะสม เป็นคนช่างสังเกตและไวต่อความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีทัศนคติต่อบุคคลอื่นในเชิงบวก เป็นผู้รับฟังที่ดีและเข้าใจผู้อื่น มีความกล้าแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะต่อบุคคลอื่น

4. สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและการปรับปรุงคุณภาพ หมายถึง ความสามารถในการมีภาวะผู้นำโดยให้คุณค่าและความสำคัญของทีมสหวิชาชีพในการร่วมมือกันจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระบบพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล รวมถึงเป้าหมายและวิธีการที่โรงพยาบาลนำมาใช้ในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการใช้เครื่องมือวิเคราะห์สาเหตุและผลของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างถูกต้อง เช่น ให้คุณค่าและความสำคัญของทีมสหวิชาชีพในการร่วมมือกันจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระบบพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ศึกษาเป้าหมายและวิธีการที่โรงพยาบาลนำมาใช้ในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก จำแนกประเภทและระดับความเสี่ยงทางคลินิกได้ เลือกวิธีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในแต่ละสถานการณ์ได้ ใช้เครื่องมือวิเคราะห์สาเหตุและผลของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น แผนภูมิก้างปลา การวิเคราะห์รากเหง้าสาเหตุ (root cause analysis) เป็นต้น

5. สมรรถนะด้านทักษะทางวิชาการและการวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึงความสามารถในการนำเสนอและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยกับบุคลากรอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการออกแบบและดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพงานทางการพยาบาล สร้างสรรค์นวัตกรรมและนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ เช่น นำเสนอและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยกับบุคลากรอื่น ๆ ได้ มีส่วนร่วมในการออกแบบและดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพงานทางการพยาบาลได้ สร้างสรรค์นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ นำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้

6. สมรรถนะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและบุคลากร เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย เช่น ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของผู้ป่วยได้ สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจและจูงใจให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยได้สื่อสารการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วยวาจากับผู้ให้การรักษาได้ รับส่งเวรทางการพยาบาลได้ถูกต้อง ประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลได้ เขียนบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

7. สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย เช่น ประเมินความผิดปกติของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ติดตัวผู้ป่วย เช่น เครื่องวัดคลื่นหัวใจ เครื่องช่วยหายใจเป็นต้นได้ สามารถใช้อุปกรณ์กระตุ้นหัวใจและเครื่องกระตุกไฟฟ้าอัตโนมัติได้ สามารถมีความเข้าใจระบบการบันทึกและรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล สามารถประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยจากข้อมูลในเวชระเบียนได้ สามารถใช้เครือข่ายสื่อสารกับทีมผู้ให้การรักษาโดยไม่ขัดกับหลักกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ

8. สมรรถนะด้านนโยบายและเครือข่ายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถ ในการศึกษาระบบประกันสุขภาพและสิทธิการรักษา การเปลี่ยนแปลงของ

นโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย การทำงานในรูปแบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เช่น ศึกษาระบบประกันสุขภาพและสิทธิการรักษาพยาบาลแต่ละประเภท ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย ศึกษาการทำงานในรูปแบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การพัฒนาสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลจบใหม่ในประเทศไทยและการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ส่งผลกระทบหลายประการต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุข ในด้านการเจ็บป่วย นอกจากภาวะการเจ็บป่วยที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย CAUTI อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อที่รุนแรงจนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต[14] อีกทั้งยัง เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สูงเป็นอันดับ 3 รองจากการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจและการติดเชื้อหลอดเลือดดำส่วนกลาง เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีโอกาสได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะถึงร้อยละ 12-16[15] จากเหตุผลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาความสามารถในการให้การพยาบาลที่มีมาตรฐานเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จึงทำให้เกิดการศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลจบใหม่

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ส่วนใหญ่มีสาเหตุหลักมาจากการที่พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเข้มงวด[16] ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลจบใหม่เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะนั้นเป็นอีกหนึ่งบทบาทหน้าที่ที่มีความสำคัญและเป็นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลจบใหม่ให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะที่สูงขึ้นตามสมรรถนะที่พึงมี รวมถึงเป็นการเน้นสมรรถนะเรื่องการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยเพื่อนำนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

สมรรถนะความปลอดภัยของพยาบาลจบใหม่ในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่สำคัญ โดยผู้เขียนขอนำเสนอแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะสมรรถนะความปลอดภัยของพยาบาลจบใหม่ ดังต่อไปนี้

สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

1) แสดงความคิดเห็นเพื่อปกป้องการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะได้

2) ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะโดยคำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้

สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล

1) ใช้เทคนิคการใส่สายสวนอย่างปราศจากเชื้อและสายสวนปัสสาวะรวมถึงอุปกรณ์ที่รองรับปัสสาวะ ควรปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรครอบ ๆ ท่อสายสวนปัสสาวะเข้าสู่ร่างกาย

2) มีประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ดังนี้

2.1 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และสายสวนปัสสาวะด้วยสบู่ วันละ 1 ครั้ง หรือทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระหลังทำความสะอาดต้องซับให้แห้ง

2.2 ยึดตรึงสายสวนถูกต้อง ดูแลไม่ให้สายดึงรั้ง หักพับงอ เพื่อให้ปัสสาวะระบายได้ดี ไม่มีการคั่งค้าง

2.3 ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและไม่สัมผัสพื้น

2.4 เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะตามเวลาที่กำหนด กรณีที่เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะให้เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะใหม่ทั้งชุด

2.5 ก่อนและหลังเทปัสสาวะเช็ดปลายท่อเปิดของถุงรองรับปัสสาวะด้วย 70%alcohol

2.6 สวมถุงมือสะอาดในการตวง/เก็บปัสสาวะและเปลี่ยนถุงมือระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย

2.7 ดูแลให้เป็นระบบปิดอยู่เสมอ

สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

1) พยาบาลจบใหม่ควรมีสมรรถนะที่พึงมีโดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการประเมินผู้ป่วย โดยประเมินความจำเป็นใน

การใส่สายสวนปัสสาวะ หรือการใช้วิธีการอื่นแทนการสวนปัสสาวะ การคาสายสวนปัสสาวะควรมีข้อบ่งชี้ที่ได้จากการประเมิน ดังนี้

1.1 จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง ผู้ป่วยที่ยังคงมีปัสสาวะคั่งซึ่งได้รับการสวนปัสสาวะทิ้ง (intermittent) มากกว่า 2 ครั้งแล้วไม่ดีขึ้น

1.2 ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดใหญ่

1.3 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะได้ และมีโอกาสเกิดแผลบริเวณอวัยวะ สืบพันธุ์และก้นกบ

2) หากมีความจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ควรยึดหลัก Aseptic technique ลดการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย โดยการ รักษาความสะอาด เปลี่ยนถุงมือล้างมืออย่างถูกวิธี ก่อนสัมผัส ผู้ป่วยและใส่สายสวนปัสสาวะ เน้นการทำความสะอาดบริเวณรอบ external urethral orifice ก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งเชื้อโรคมักพบสะสมมากตามรูเปิดต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะ รูทวารหนัก ช่องคลอด และอยู่รอบ ๆ external urethral orifice[17]

3) ลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บ โดยการเลือกขนาดสายสวนที่ใหญ่เกินไปสำหรับผู้ป่วย และใช้เจลหล่อลื่นร่วมกับยาชาในการใส่สายสวนปัสสาวะ หากขาดความรู้และความชำนาญในการใส่สายสวนปัสสาวะ ส่งผลให้การบาดเจ็บรุนแรงต่อผนังท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ

สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและการปรับปรุงคุณภาพ

1) สามารถทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จากการคาสายสวนปัสสาวะได้

2) เลือกวิธีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

3) ใช้เครื่องมือวิเคราะห์สาเหตุและผลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ เช่น แผนภูมิก้างปลา การวิเคราะห์รากเหง้าสาเหตุ (root cause analysis) เป็นต้น

สมรรถนะด้านทักษะทางวิชาการและการวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

1) นำเสนอและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ ได้

2) มีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะได้

3) สามารถนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะได้

สมรรถนะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมบุคลากรทางการแพทย์

1) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อขอความร่วมมือในการช่วยดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้สายเลื่อนขึ้นลง

2) จัดทำ CAUTI bundle care ในรูปแบบ Poster ให้ความรู้

3) ใช้ระบบเตือน Daily reminder ข้อบ่งชี้ของการคาสายสวน ติดต่อประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ในการพิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะออกเร็วที่สุดเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้

สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

1) สามารถบันทึกและรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยได้

2) สามารถประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะจากข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยได้

3) สามารถใช้เครือข่ายการสื่อสารกับทีมแพทย์ได้โดยไม่ขัดกับหลักกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ

สมรรถนะด้านนโยบายและเครือข่ายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

1) เข้าใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพและสิทธิการรักษาพยาบาลแต่ละประเภทให้กับผู้ป่วยได้ เพื่อจะให้เกิดการเข้าถึงสิทธิการรักษาที่เหมาะสม

2) สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้

3) สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามนโยบายการทำงานในรูปแบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้

โดยสรุปพยาบาลจบใหม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เฉพาะการพยาบาลพื้นฐาน และยังพบว่าไม่สามารถประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีที่เรียนมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม หากต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนอาจตัดสินใจ

ให้การพยาบาลที่ผิดพลาดได้พยาบาลจบใหม่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการนำองค์ความรู้มาใช้ ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง[18] ดังนั้นการมีสมรรถนะด้านสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะจะเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการพยาบาลพื้นฐานที่สำคัญก่อให้เกิดการการพัฒนาความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ทางทฤษฎีที่เรียนมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

สำหรับการประยุกต์ใช้สมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลจบใหม่ดังกล่าว พยาบาลจบใหม่ต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะอยู่เสมอ ซึ่งได้แก่ ความรู้พื้นฐานในการใส่สายสวนให้การปราศจากเชื้อ และการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะได้อย่างปลอดภัย ร่วมทั้งมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อรายงานอาการผู้ป่วยกับแพทย์ ผู้ร่วมทีม และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติได้เป็นต้น ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดแผนการดำเนินการให้มีจัดอบรมพัฒนาและทบทวนความรู้สำหรับพยาบาลจบใหม่อย่างเป็นระบบทั้งด้านความรู้ ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคมและการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

บทสรุป

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญที่ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพต้องตระหนักในการให้ความสนใจและส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลให้พยาบาลจบใหม่เข้าใจและให้การพยาบาลมีมาตรฐานและพัฒนาองค์ความรู้ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากที่สภาการพยาบาลกำหนดให้มีสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะทุกด้าน สำหรับบทความนี้ผู้เขียนได้มีข้อเสนอการพัฒนาสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับพยาบาลจบใหม่ในประเด็นเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย ที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการกำหนดการพัฒนาและประเมินผลสมรรถนะความปลอดภัยของผู้ป่วย ในพยาบาลจบใหม่ และมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

References

1. Sumranchit P. Solutions to Medical Malpractice Problems: Patient Safety and the No-fault Compensation System. Public Health & Health Laws Journal. 2018; 4(2):223-35. (in Thai)
2. Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: The National Academic Press;2000.
3. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization;2021.
4. Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety: from analysis to action. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development;2020.
5. Chaleoykitti S, Kamprow P. Patient Safety and Quality of Nursing Service. Journal of The Royol Thai Army Nurse. 2014;15(20): 66-70. (in Thai)
6. Thungjaroenkul P. Strategies and tools for healthcare organization management. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University;2019. (in Thai)
7. Anusornteerakul S, Tienprasert S, & Kanchanabatr B. Entrustable Professional Activities on Psychomotor Skill among Newly Graduated Nurses. Journal of Nursing and Health Care. 2023; 31(1): 69-76. (in Thai)

8. Nursing Council. Announcement of the Nursing and Midwifery Council on the main competencies of graduates. Bachelor's degree, Master's degree Doctorate in Nursing Science Advanced Nursing Training Program High diploma level and receive a certificate/ approval letter showing specialized knowledge and expertise. Nursing and midwifery and specialized nursing in the field of nursing. Nonthaburi: Nursing Council;2018. (in Thai)
9. Choodum N, Lohitthai S, & Chua Chomket N. Competencies of Professional Nurses in the Hospital. Joumal of Royal Thai Army Nurses.2023; 24(3): 31-8. (in Thai)
10. Canadian Patient Safety Institute. The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Acrossthe Health Professions. 2nd Edition. Edmonton: Alberta;2020.
11. Levett JT, Dwyer T, Reid SK, Heaton L, Flenady T, Applegarth J, Guinea S, Andersen P. Patient safety competency framework (PSCF) for nursing students. Sydney: NSW;2017.
12. Sherwood G, Barnsteiner J. (Eds.). Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes. New Jersey: John Wiley & Sons;2021.
13. Yaprom C, & Thungjaroenkul P, Abhichattibutra K, & Nantsupawat A. Development and Psychometric Testing of the Thai-Patient Safety Competency Scale for New Graduate Nurses. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2024;28(1): 181-201.
14. Ribeiro S. Nursing management of urinary tract infections. Nursing older people. 2015; 27(7): 24-9.
15. Lo E, Nicolle LE, Coffin SE, Gould C, Maragakis LL, Medding J, & Yokoe DS. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2014; 35(5), 1-17.
16. Boonprathum K, & Saensom D. Effects of a Computer Assisted Instruction Program for Competency Development on Nurses' Knowledge, Attitudes, and Perceived Self-efficacy in Preventing Catheter-associated Urinary Tract Infections. Journal of Health and Nursing Education. 2024; 30(1): 65-79. (in Thai)
17. Chomkerd T, Phanpanich W & Menaphol S. Histological Alterations of the Urinary Tract Infection by Escherichia coli from Urinary Catheter. Srinagarind Medical Journal. 2019; 34(4):406-11. (in Thai)
18. Kuewong G, & Oumtanee A. Self-Development of Newly Graduated Nurses Working in an Intensive Care Unit at a University Hospital. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020; 13(1): 90-101. (in Thai)

การมีโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

The Chances of Survival for Breast Cancer Patients

ภิรดา อาจวิชัย ณัฐวิโรจน์ ชูดำ*
Phirada Ardwichai Natthawirot Choodum*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา นครราชสีมา ประเทศไทย 30000
Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University Nakhon Ratchasima Thailand 30000

บทคัดย่อ

การรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีหลายปัจจัย ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะร่างกายของผู้ป่วยมะเร็ง ชนิดของมะเร็งเต้านม สูตรยาเคมีบำบัดในการรักษาระยะแพร่กระจาย และเป้าหมายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ซึ่งจากปัจจัยต่างที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการรอดชีวิตแตกต่างกันแล้วแต่ระยะที่ตรวจพบ กล่าวคือระยะที่ 1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย ระยะที่ 2 พบร้อยละ 90 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย ระยะที่ 3 พบมากกว่าร้อยละ 70 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย ระยะที่ 4 พบมากกว่าร้อยละ 25 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย

มะเร็งเต้านมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่อาจควบคุมได้ด้วยการรักษา การรักษาและในปัจจุบันปัจจุบันที่ได้การยอมรับว่าว่าสามารถรักษาและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดได้นาน คือ การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) และการบำบัดด้วยเซลล์ (Cell Therapy) แต่โอกาสรอดชีวิตได้มากกว่าหรือน้อยกว่าที่กล่าวมาอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยของตัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเองโดยเฉพาะสภาพร่างกาย จิตใจและการสนับสนุนของครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

คำสำคัญ: การรอดชีวิต, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Abstract

The survival rate of breast cancer patients depends on many factors, including age, body mass index, physical condition of the cancer patient, type of breast cancer, chemotherapy regimen for metastatic breast cancer treatment, and treatment goals for metastatic breast cancer patients. The above factors result in different survival rates for cancer patients depending on the stage of diagnosis. For example, stage 1, most cancer patients have a survival rate of 5 years or more after diagnosis. Stage 2, 90 percent have a survival rate of 5 years or more after diagnosis. Stage 3, more than 70 percent have a survival rate of 5 years or more after diagnosis. Stage 4, more than 25 percent have a survival rate of 5 years or more after diagnosis.

Corresponding author* E-mail: Natthawirot.C@nrru.ac.th

วันที่รับ(recived) 13 ก.ค. 2567 วันที่แก้เสร็จ(revised) 31 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ(accepted) 9 ต.ค. 2567

Breast cancer cannot be cured, but it can be controlled with treatment. The current treatment that is accepted as being able to cure and make patients survive for a long time is targeted therapy and cell therapy. However, the chance of survival, whether it is higher or lower than the above, may depend on the factors of the breast cancer patient themselves, especially their physical, mental, and family support, which are the main factors in increasing the chance of survival.

Keyword : Survival, Breast cancer patients

บทนำ

มะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปอด โดยพบอัตราอุบัติการณ์ (ASR) เท่ากับ 46.8 ต่อประชากรแสนคนต่อปี และมีอัตราการตาย (ASMR) เท่ากับ 12.7 ต่อประชากรแสนคนต่อปี นอกจากนี้ ยังพบว่า ในประเทศไทยประชากรที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 183,541 คนต่อปี เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 118,829 คนต่อปี พบความชุกสะสมโรคมะเร็งในระยะเวลา 5 ปี จำนวน 441,900 คนต่อปี โดยในเพศชายพบมะเร็งตับมากที่สุด จำนวน 19,139 คน (คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของมะเร็งทั้งหมด) และในเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมมากที่สุด จำนวน 21,628 คน (คิดเป็นร้อยละ 23.2 ของมะเร็งทั้งหมด)[1] และจากข้อมูลที่มีการรายงานสถิติมะเร็งทั่วโลกจากฐานข้อมูล Global Cancer Observatory (GCO) ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 19,976,499 คน อัตราอุบัติการณ์ (Age-standardized Incidence Rates, ASR) เท่ากับ 196.9 ต่อประชากรแสนคนต่อปี จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกจำนวน 9,743,832 คน อัตราการตาย (Age-standardized mortality rates, ASMR) เท่ากับ 91.7 ต่อประชากรแสนคนต่อปี

มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้ป่วยไม่มีอาการชัดเจนในระยะแรก เพียงแต่มีก้อน ที่สามารถสัมผัสได้ในเต้านมหรือบริเวณใกล้เคียง โดยการคลำหรือการตรวจภาพรังสี เช่น มะเร็งเต้านมมักพบเนื่องจากการคลำพบก้อนในเต้านมหรือบริเวณรักแร้ ซึ่งอาจมีอาการอื่นๆ เช่น รูปร่างเต้านมเปลี่ยนแปลง มีน้ำเหลืองออกมาจากหัวนม เป็นต้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งเต้านมได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรม การถ่ายทอดพันธุกรรมจากครอบครัว ความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน การติดเชื้อ การได้รับรังสี การได้รับสารเคมี การหมดประจำเดือน และการใช้ยาคุมกำเนิด วิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับมะเร็งเต้านมได้แก่ การผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเนื้อออกจากเต้านม รังสีรักษา เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่เล็กที่สุด การใช้ยามุ่งเป้าเพื่อโจมตีเซลล์มะเร็งโดยตรง และการใช้ภูมิคุ้มกันเพื่อเสริมกระบวนการต่อต้านเซลล์มะเร็ง การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมจะขึ้นอยู่กับระยะของโรคและสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย การตรวจหาและรักษาโรคในระยะแรกสามารถทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรักษาหายขาดได้มากแต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีโอกาสกลับมาเป็นมะเร็งเต้านมซ้ำ ซึ่งอาจเกิดจากการกลัวตายและความเครียด[2,3]

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้อ่านโดยเฉพาะผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล และบุคลากรด้านสุขภาพเข้าใจ เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการอยู่รอดและเข้าใจผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากขึ้น อีกทั้งเป็นการเขียนถึงผลลัพธ์การรักษา การวางแผนการรักษา การป้องกัน การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาวิธีการรักษาใหม่ ๆ ที่สามารถเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม แบ่งตาม molecular subtype ได้เป็น 5 ชนิดหลัก คือ Luminal A, Luminal B, HER2-positive, basal-like, และ normal-like หรือโครมาส. กลุ่ม basal-like มีลักษณะเฉพาะ คือ การไม่มีการแสดงผลของ estrogen receptor (ER), progesterone receptor (PR), และ HER2 receptor หรือแสดงผลลดลงอย่างมาก จึงเรียกว่า triple negative breast cancer. นอกจากนี้ยังมีการแสดงออกสูงของ c-Kit, โปรตีน myoepithelial cytokeratins[5,6,17] และ HER1 ในทางปฏิบัติการวินิจฉัย basal-like breast cancer จะใช้ immunohistochemistry เพื่อตรวจสอบ ER, PR, และ HER2 ซึ่งจะแสดงผลเป็นลบทั้งสาม ดังนั้น basal-like breast cancer จึงถูกเรียกว่า triple negative breast cancer หรือสามเชิงลบ เนื่องจากขาดหรือมีการแสดงผลลดลงของ receptors เหล่านี้ในเซลล์มะเร็งชนิดนี้

มะเร็งเต้านมชนิดที่ไม่มีตัวตอบรับกับฮอร์โมนหรือยีนส์ HER2 หรือ triple negative breast cancer (TNBC) เป็นประเภทที่มีความรุนแรงและมีการพยากรณ์ที่แย่ที่สุดเมื่อเทียบกับชนิดอื่น ๆ ของมะเร็งเต้านม ประมาณ 15-20% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็น TNBC โดยทั่วไปมีลักษณะทางพยาธิที่รุนแรง เช่น การแบ่งตัวเร็ว (high grade) และสามารถพบลักษณะ tumor necrosis ได้ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็น TNBC รวมถึงผู้ที่มีอายุน้อย, BRCA1 mutation, เชื้อชาติแอฟริกัน ซึ่งสภาพนี้สามารถทำให้มะเร็งมีความรุนแรงและการแพร่กระจายได้มากขึ้น เช่น การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง หรือการมีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ที่ส่วนตัวหรือในพื้นที่ใกล้เคียง (locoregional recurrence) หรือแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย (distant metastasis) อย่างรวดเร็ว การรักษาและการติดตามของผู้ป่วย TNBC จึงต้องให้ความสำคัญเพิ่มเติมเพื่อความเป็นไปได้ของการรักษาที่เหมาะสมและการดูแลรักษาต่อไปที่เหมาะสมในระยะยาว การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายมีความสำคัญมากในการช่วยลดขนาดของเซลล์มะเร็งและยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์เหล่านี้ โดยเฉพาะยาเคมีบำบัดมักมีผลต่อ DNA (deoxyribonucleic acid) ซึ่งเป็นสารกำหนดการทำงานของเซลล์ การขัดขวางการทำงานของ DNA จึงเป็นวิธีที่ใช้ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งอย่างไร้พรมแดน การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสามารถแบ่งออกเป็น 2 กรณีหลักตามแนวทางการรักษาของ NCCN guideline ปี 2022

1. การรักษาที่ครบถ้วน (Comprehensive Treatment) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ทั้งหมด โดยรวมถึงการผ่าตัดหรือรักษาด้วยรังสี ซึ่งมักจะเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสการรอดชีวิตที่ดีขึ้นมากขึ้นเมื่อเทียบกับการใช้ยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว

2. การรักษาแบบอื่น ๆ (Other Regimens) ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดโดยไม่ได้รับการผ่าตัดหรือรักษาด้วยรังสี หรืออาจเป็นการใช้ยาเคมีบำบัดเพื่อควบคุมอาการหรือลดขนาดเฉพาะพื้นที่ที่มีเซลล์มะเร็งแพร่กระจาย

การเลือกใช้วิธีการรักษาใดๆ ขึ้นอยู่กับสถานะของโรคและความเหมาะสมทางการแพทย์ โดยการตัดสินใจจะพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เช่น อายุของผู้ป่วย, สภาพร่างกาย, และระยะของโรคมะเร็งที่ตรวจพบ

การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ประเมินสภาวะร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) มีคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและความสามารถทางกายภาพของผู้ป่วย ดังนี้ โดยระดับ 0 สามารถทำกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมทางกายภาพได้ปกติ ไม่มีอาการจากเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ระดับ 1 มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเกือบปกติ แต่มีความจำเป็นต้องใช้พักผ่อนเพิ่มเติมเมื่อทำกิจกรรมทางกายภาพ ระดับ 2 ทำกิจกรรมประจำวันได้ แต่ต้องใช้เวลานานขึ้นหรือมีความเหนื่อยลดลงระดับ 3 สามารถทำกิจกรรมเป็นบางส่วนได้ แต่ใช้เวลานานและต้องใช้ความพยายามมาก และระดับ 4 ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้แม้ว่าจะยังคงมีการออกแรงครั้งหนึ่ง

การประเมินสภาวะร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากช่วยให้ทีมแพทย์เข้าใจระดับความรุนแรงของโรคและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยที่มีระดับ 0-2 มักจะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ในขณะที่ผู้ป่วยที่มี ระดับ 3-4 อาจจะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (supportive care) เพื่อช่วยในการบรรเทาอาการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสภาวะร่างกายมีผลต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย[4]

ระยะการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม

ระยะแพร่กระจาย ถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มตามดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตอันดับแรก คือ ผู้ที่มีดัชนีมวยกายต่ำ (underweight, BMI < 18.5 kg/m²) มีอัตราการรอดชีวิตต่ำที่สุด อยู่ที่ 33 เดือน รองลงมา คือ ผู้ที่มี BMI มาตรฐาน (18.5-24.9 kg/m²) มีอัตราการรอดชีวิต 47 เดือน และผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (overweight, BMI 25-29.9 kg/m²) และภาวะโรคอ้วน (obese, BMI ≥ 30 kg/m²) มีอัตราการรอดชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ที่มี BMI ปกติ โดยมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 49 เดือน และ 48 เดือน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีดัชนีมวยกายต่ำ (underweight) มีความเสี่ยงสูงขึ้นในการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเมื่อเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักปกติหรือมาตรฐาน BMI ซึ่งอาจจะมี

ผลที่มากกว่าในการรักษาและการเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่แพร่กระจายในร่างกายตำแหน่งของการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมกับระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรุนแรงต่างกันแสดงให้เห็นว่าปัจจัยตำแหน่งที่มะเร็งแพร่กระจายมีผลต่อระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะภายใน มีอัตราการรอดชีวิตที่ต่ำเมื่อเทียบกับกรณีที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังกระดูกหรือที่ไม่ใช่อวัยวะภายใน นอกจากนี้ก็มีการแบ่งข้อมูลตำแหน่งการแพร่กระจายของมะเร็งอื่นๆ ออกเป็นกลุ่มต่างๆ เพื่อศึกษาผลกระทบต่อระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มเติม แต่ละวิจัยได้เน้นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งการแพร่กระจายของมะเร็งและผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในแง่มุมที่แตกต่างกัน สรุปได้ว่า การแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมไปยังตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่การแพร่กระจายไปยังสมองมีผลกระทบที่รุนแรงที่สุดต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย[5]

การรักษามะเร็งเต้านม

การใช้ยา การใช้ยา tucatinib ร่วมกับ trastuzumab และ capecitabine ในการรักษามะเร็งเต้านมชนิด HER2 positive ที่มีการกระจายไปยังสมอง (CNS) การทดลอง HER2CLIMB พบว่าการใช้ tucatinib ร่วมกับ trastuzumab และ capecitabine ช่วยลดความเสี่ยงในการเสื่อมทรามภายในสมองได้มากถึง 68% ในอัตราการหยุดความเจ็บป่วยฟรีจากการเสื่อมทรามภายใน 1 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาอื่น ๆ ในระยะเวลา 9.9 เดือนกับ 4.2 เดือน นอกจากนี้ยังมีการสอดคล้องกับผลวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่ายาในกลุ่ม Tyrosine Kinase Inhibitor (TKI) เช่น lapatinib และ pyrotinib ก็มีประสิทธิภาพที่ดีในการควบคุมมะเร็งเต้านมชนิด HER2 positive ที่มีการแพร่กระจายไปยังสมองมากกว่า 50% และพบยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังสมองและเลือกใช้ยา TKI ในการรักษามีอายุขัยที่ยาวนานขึ้นเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาอื่น ๆ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยา TKI ในการควบคุมมะเร็งเต้านมชนิด HER2 positive ที่มีการกระจายไปยังสมอง ซึ่งอาจมีประโยชน์ต่ออายุขัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว[6]

นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยา Tyrosine Kinase Inhibitor (TKI) เช่น lapatinib และ pyrotinib ก็มีประสิทธิภาพในการควบคุมมะเร็งเต้านมชนิด HER2 positive ที่แพร่กระจายไปยังสมองและมีการรายงานว่าผู้ป่วยที่ใช้ยา TKI มักมีอายุที่ยาวนานขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาอื่น ๆ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยา TKI ในการรักษามะเร็งเต้านมชนิด HER2 positive ที่มีการกระจายไปยังสมอง ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยในการควบคุมมะเร็ง แต่ยังสามารถเพิ่มอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวได้

การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) เป็นกลยุทธ์การรักษาโรคมะเร็งที่ใช้ยาหรือสารที่เฉพาะเจาะจงต่อโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสำคัญของเซลล์มะเร็ง เช่น การส่งสัญญาณภายในเซลล์ การแบ่งตัวของเซลล์ หรือการตายของเซลล์เอง (apoptosis) ซึ่งการประสานงานที่เป้าหมายนี้ช่วยลดการทำลายเซลล์มะเร็งหรือกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งตายได้โดยเฉพาะ โดยไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อเซลล์ปกติในร่างกายนอกเหนือจากการเป้าหมายของการรักษานั้นเองในส่วนของ ยา molecularly targeted drug ที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งจะถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป้าหมายที่พิเศษต่อโปรตีนที่เป็นส่วนสำคัญในเซลล์มะเร็งเท่านั้น ซึ่งทำให้การรักษานี้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีความปลอดภัยต่อเซลล์ปกติในร่างกายมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสงอื่นๆ ซึ่งมักจะมีผลข้างเคียงที่มากกว่าและมีการเข้ากระทำกับเซลล์ทั้งส่วนปกติและมะเร็งในขั้นตอนการทำลายเซลล์ การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) เป็นการรักษาที่มุ่งเป้าไปที่เซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ จะทำหน้าที่ยับยั้งการเจริญเติบโต และการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง โดยอาจส่งผลต่อเซลล์ปกติเพียงเล็กน้อย

การรักษามะเร็งเต้านมชนิดที่มีตัวตอบรับกับฮอร์โมนหรือยีนส์ HER2 (HER2-positive) Monoclonal antibodies เป็นโปรตีน (แอนติบอดี) ของระบบภูมิคุ้มกันที่มนุษย์สร้างขึ้นสามารถเกาะติดกับโปรตีน HER2 บนเซลล์มะเร็ง จึงช่วยหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์ได้ Trastuzumab สามารถใช้รักษามะเร็งเต้านมทั้งระยะเริ่มแรก (มักใช้ก่อนหรือหลังผ่าตัด) และระยะลุกลาม (มักให้การรักษาตราบเท่าที่ยานั้นมีประโยชน์) มักให้ร่วมกับยาเคมีบำบัด หรือจะใช้ยาเพียงอย่างเดียวก็ได้ Pertuzumab สามารถให้ร่วมกับ trastuzumab และยาเคมีบำบัด ทั้งก่อนหรือหลังการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก หรือเพื่อรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลาม การใช้ pertuzumab เดี่ยว ๆ นั้นพบว่า สามารถต้านมะเร็งได้ในระดับปานกลาง การใช้ Trastuzumab เดี่ยว ๆ สามารถลดอัตราการ

เสียชีวิตได้ร้อยละ 24 กรณีที่มีการใช้ยาเคมีบำบัด docetaxel ร่วมกับยามุ่งเป้า pertuzumab และ trastuzumab ซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน พบว่า สามารถเสริมฤทธิ์กันได้ เนื่องจากยาทั้ง 2 ตัว จับที่ตัวรับคนละตำแหน่ง ทำให้สามารถยับยั้งการส่งสัญญาณจาก HER2 ได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้การต้านมะเร็งมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำได้มากกว่าร้อยละ 40 และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 37 โดยอาการข้างเคียงที่พบบ่อยจากการใช้ pertuzumab ร่วมกับ trastuzumab และ docetaxel คือ เม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ปลายประสาทอักเสบ และมีผื่นขึ้นได้ แต่ไม่ส่งผลให้การบีบตัวของหัวใจผิดปกติ (left ventricular systolic dysfunction) Margetuximab สามารถใช้ควบคู่กับยาเคมีบำบัด เพื่อรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ในกรณีที่มีการใช้ยามุ่งเป้าอื่นอย่างน้อย 2 ตัว แล้วไม่เกิดการตอบสนอง

การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted Therapy) เป็นกลยุทธ์การรักษามะเร็งที่เน้นการใช้ยาหรือสารที่เฉพาะเจาะจงต่อโปรตีนหรือกระบวนการภายในเซลล์มะเร็ง ซึ่งสามารถทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นและลดผลข้างเคียงต่อเซลล์ปกติในร่างกาย การรักษานี้มุ่งเป้าไปที่โปรตีนที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง เช่น การส่งสัญญาณภายในเซลล์และการตายของเซลล์ (apoptosis) ซึ่งแตกต่างจากการรักษาแบบเคมีบำบัดหรือการฉายแสงที่อาจทำลายเซลล์ทั้งปกติและมะเร็ง สำหรับมะเร็งเต้านมชนิดที่มีตัวตอบรับกับฮอร์โมนหรือยีนส์ HER2 (HER2-positive) การรักษาด้วยยามุ่งเป้าเป็นสิ่งสำคัญ โดยมีตัวอย่างเช่น Trastuzumab เป็นโมโนโคลนัลแอนติบอดีที่สามารถจับกับโปรตีน HER2 บนเซลล์มะเร็ง ช่วยหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ใช้ในการรักษาทั้งระยะเริ่มแรก (มักใช้ก่อนหรือหลังการผ่าตัด) และระยะลุกลาม (มักใช้ต่อเนื่องตราบเท่าที่มีประโยชน์) โดยมักใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัด หรือใช้เพียงอย่างเดียวก็ได้ Pertuzumabใช้ร่วมกับ trastuzumab และยาเคมีบำบัดในการรักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกหรือระยะลุกลาม การใช้ pertuzumab ร่วมกับ trastuzumab ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการยับยั้งการส่งสัญญาณจาก HER2 ได้ดียิ่งขึ้น ลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำได้มากกว่าร้อยละ 40 และลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 37 การใช้ยาร่วมกันกับ docetaxel ซึ่งเป็นยาเคมีบำบัด ช่วยเสริมฤทธิ์กันได้ และ Margetuximab ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลามในกรณีที่ผู้ป่วยเคยใช้ยามุ่งเป้าอื่นอย่างน้อย 2 ตัวแล้วไม่เกิดการตอบสนอง โดยสามารถใช้ควบคู่กับยาเคมีบำบัด ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบบ่อยจากการใช้ยาเหล่านี้รวมถึงเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia), คลื่นไส้, อ่อนเพลีย, ปลายประสาทอักเสบ และผื่นขึ้น แต่ไม่พบว่ามีผลกระทบต่อการบีบตัวของหัวใจ (left ventricular systolic dysfunction)

ยาต้านมะเร็งกลุ่ม PARP inhibitor ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มี BRCA1/2 mutation ระยะแรกที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงหลังผ่าตัด มีกลไกการรักษามะเร็งต่างจากยากลุ่ม targeted therapy ชนิดอื่น ๆ คือ แทนที่ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของยีนหรือโปรตีนก่อมะเร็งที่ทำงานมากผิดปกติ เช่น กลุ่ม kinase inhibitors หรือ monoclonal antibody ที่จำเพาะต่อ growth factor receptors ต่าง ๆ ยา PARP inhibitor อาศัยฤทธิ์ต้านมะเร็งด้วยหลักการ synthetic lethality ซึ่งเป็นวิธีการหาจุดบกพร่องของมะเร็งนั้นให้เป็นประโยชน์ โดยทำให้มันเสียหายมากขึ้นไปอีกจนถึงจุดที่แม้แต่เซลล์มะเร็งก็ไม่สามารถทนได้ และส่งผลให้มะเร็งตายไป เป็นการใช้จุดบกพร่องของมะเร็งกลับไปทำลายตัวเอง

การรักษามะเร็งเต้านมชนิดที่ไม่มีตัวตอบรับกับฮอร์โมนหรือยีนส์ HER2 หรือ triple negative (TNBC) Antibody-Drug Conjugates (ADCs) เป็นการรวมแอนติบอดีที่มีความจำเพาะสูงกับยาเคมีบำบัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการโจมตีเซลล์มะเร็งและลดผลข้างเคียง โดย monoclonal antibody จะทำหน้าที่เชื่อมต่อกับยาเคมีบำบัด จากนั้นนำยาไปเกาะติดกับโปรตีนจำเพาะที่อยู่บนเซลล์มะเร็งโดยตรง เช่น Sacituzumab govitecanและ การบำบัดด้วยเซลล์ (Cell Therapy) Chimeric antigen receptor (CAR) T-cell เซลล์จะถูกนำมาจากเลือดและมีการเปลี่ยนแปลงในห้องทดลอง โดยการเพิ่มยีนสำหรับตัวรับ (เรียกว่า chimeric antigen receptor หรือ CAR) ซึ่งช่วยให้ T-cell จับกับแอนติเจนของเซลล์มะเร็งที่เฉพาะเจาะจง มะเร็งก็จะถูกทำลายไป แต่เนื่องจากมะเร็งแต่ละชนิดมีแอนติเจนที่แตกต่างกัน CAR T Cell แต่ละชนิดจึงถูกสร้างขึ้นสำหรับแอนติเจนของมะเร็งที่เฉพาะเจาะจง การบำบัดด้วยเซลล์ CAR T-cell ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) ในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวบางชนิด (B cell type Leukemia) ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ รวมถึงมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด multiple myeloma ในผู้ใหญ่[7]

การบำบัดรักษาด้วยแสง (Photodynamic

Therapy) (PDT) เป็นวิธีการรักษามะเร็งด้วยกระบวนการเหนี่ยวนำให้เกิดสารที่เป็นพิษต่อเซลล์มะเร็ง โดยอาศัยปฏิกิริยาของสารไวแสง แสงเลเซอร์ และออกซิเจน โดยในการรักษาต้องฉีดสารไวแสงเข้าทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วย หลังจากนั้นทำการยิงแสงเลเซอร์ไปที่เซลล์มะเร็งที่จับสารไวแสงไว้ เซลล์มะเร็งดังกล่าวจะดูดซับพลังงานของแสงเลเซอร์และส่งผ่านไปยังโมเลกุลของออกซิเจนในเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดสารพิษต่อเซลล์มะเร็ง เซลล์มะเร็งจึงถูกทำลาย

การบำบัดรักษาด้วยแสงเพื่อประเมินศักยภาพของอนุภาคไกลโคนาโน พบว่า มีการใช้โครงสร้างโมเลกุล 2 แบบที่แตกต่างกันเพื่อประเมินการจับตัวกันของไกลแคนและการดูดซึม PAA ที่เป็นอนุพันธ์ของกาแลคโตสโดยเซลล์มะเร็งเต้านมสองสายพันธุ์ SK-BR-3 และ MDA-MD-231 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการจับตัวกันของไกลแคนกับเซลล์เยื่อบุเต้านมที่ไม่ใช่เซลล์มะเร็ง MCF-10A ผลคือ มีอันตรกิริยาแบบเลือกสรรกับเซลล์มะเร็งเต้านมทั้งสองสายพันธุ์ แต่ไม่มีการดูดซึมไปยังเซลล์ที่ไม่ใช่เซลล์มะเร็ง[8]

แต่สุดท้ายสุดท้ายผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าจะเป็นมะเร็งชนิดไหน ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนย่อมมีความกลัวต่อความตาย เพราะยังคงไม่มียาตัวไหนหรือวิธีการใดทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคนี้ได้ กำลังใจของครอบครัวคนรอบข้างรวมถึงตัวพยาบาลเองเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จำให้ให้ผู้ป่วยอยู่รอดได้นานขึ้น ดังนั้นจึงอยากให้ผู้ที่ได้อ่านบทความนี้เข้าใจโอกาสที่จะรอดชีวิตระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมะเร็ง ชนิดของมะเร็งเต้านม ระยะ การแพร่ วิธีการรักษา และสามารถสามารถให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยต่อสู้กับมะเร็งเต้านมได้[9]

การรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะที่ 1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปี หรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย, ระยะที่ 2 พบร้อยละ 90 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย ระยะที่ 3 พบมากกว่าร้อยละ 70 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัยและระยะที่ 4 พบมากกว่าร้อยละ 25 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่อมีการตรวจพบมะเร็งเต้านมไม่ว่าระยะไหน อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยจะอยู่ที่ประมาณ 5 ปี ปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ได้แก่ อายุของผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นสิ่งสำคัญในการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยสามารถช่วยในการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการวางแผนการรักษาเพื่อให้ผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมสภาวะร่างกาย (ECOG) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ตำแหน่งที่มะเร็งกระจาย จำนวนแหล่งที่กระจาย ชนิดของมะเร็งเต้านม สูตรยาเคมีบำบัดและการใช้ยาเป้าประสงค์หรือฮอร์โมนเทอราปี ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความสำคัญและการเชื่อมโยงที่แตกต่างกันกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถรอดชีวิตได้ [10,11]

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะร่างกายของผู้ป่วยมะเร็ง ชนิดของมะเร็งเต้านม สูตรยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย และ Targeted/ Hormonal ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย อัตราการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระหว่างปี 2016-2020 ระยะที่ 1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย ระยะที่ 2 พบร้อยละ 90 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย ระยะที่ 3 พบมากกว่าร้อยละ 70 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย ระยะที่ 4 พบมากกว่าร้อยละ 25 มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 5 ปีหรือมากกว่านั้นหลังจากได้รับการวินิจฉัย แต่อย่างไรก็ตามมะเร็งก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่อาจควบคุมได้ด้วยการรักษา การอยู่รอดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบางครั้งไม่ใช่เพียงแค่ปัจจัยข้างต้นแต่ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลที่จะดูแลและให้คำแนะนำและการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเพื่อให้คนทั่วไปสามารถตรวจได้เองและหากเจอก้อนสามารถตรวจและรักษาได้เร็วรวมไปถึงกำลังใจจากคนรอบข้างเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและมีอายุที่นานขึ้น

References

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory Cancer today: Globocan 2022 (All Cancer). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024.
2. Jindapradit J. Basic oncology. 1st ed. Khon Kaen: Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2019. (in Thai)
3. Injai N, Moungkum S, Masingboon K. Factors Predicting Fear of Cancer Recurrence among Patients with Breast Cancer. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2): 115-22. (in Thai)
4. Beauchemin C, Cooper D, Lapierre ME, Yelle L, Lachaine J. Progression-free survival as a potential surrogate for overall survival in metastatic breast cancer. Onco Targets Ther. 2014 ;7(2):1101-110.
5. Soimadi S. Overall Survival and Prognostic Factors for Breast Cancer Patients at Vachira Phuket Hospital. Thai Cancer Journal. 2017; 37(2): 62-71.
6. Li Y, Li Q, Mo H, Guan X, Lin S, Wang Z, Chen Y, Zhang Y, Zhang D, Chen S, Cai R, Wang J, Luo Y, Fan Y, Yuan P, Zhang P, Li Q, Ma F, Xu B. Incidence, risk factors and survival of patients with brain metastases at initial metastatic breast cancer diagnosis in China. The Breast. 2021;55(1):30-6.
7. American Cancer Society. Treating Breast Cancer: Targeted Drug Therapy for Breast Cancer. Atlanta, UK: American Cancer Society; 2024.
8. Brydie A. Thomas-Moore, Simone Dedola, David A. Russell, Robert A. Field and Mar´ıa J. Marin. Targeted photodynamic therapy for breast cancer: the potential of glyconanoparticles. Nanoscale Adv. 2023; 5(2): 6501–3.
9. Songwatthanayuth P, Polin S, Naimkerd P. Development of Breast Cancer Preventive Behaviors among Women in Phetchaburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 423-32.(in Thai)
10. Saleh K, Carton M, Dieras V, Heudel PE, Brain E, D'Hondt V, Mailliez A, Patsouris A, Mouret-Reynier MA, Goncalves A, Ferrero JM, Petit T, Emile G, Uwer L, Debled M, Dalenc F, Jouannaud C, Ladoire S, Leheurteur M, Cottu P, Veron L, Savignoni A, Courtinard C, Robain M, Delaloge S, Deluche E. Impact of body mass index on overall survival in patients with metastatic breast cancer. The Breast. 2021.;55(1):16-24
11. The Global Health Observatory. Body mass index-BMI: Nutrition. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO); 2024.

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า

The Role of Midwifery in Caring for Pregnant Women with Intrauterine Growth Retardation

กาญจนา ศรีสวัสดิ์ ปธานิน แสงอรุณ*
Kanjana Srisawad Pathanin Sangaroon*
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
Sukhothai Thammathirat open University, Nonthaburi Thailand 11120

บทคัดย่อ

ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เป็นภาวะที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่าเปอร์เซนไตล์ที่ 10 เมื่อเทียบกับอายุครรภ์นั้น ๆ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าจำแนกเป็นการเจริญเติบโตช้าแบบได้สัดส่วนและแบบผิดสัดส่วน อาจมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงทั้งจากสตรีตั้งครรภ์ ทารก และรก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งการสอนหรือชี้แนะ การให้คำปรึกษาทางคลินิกกับบุคลากรทางสุขภาพ การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ : พยาบาลผดุงครรภ์, สตรีตั้งครรภ์, ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

Abstract

Intrauterine growth retardation is defined as a newborn whose weight is less than the 10th percentile for that gestational age. It is a complication that can be found in pregnant women. Intrauterine growth retardation is classified into proportional and disproportionate growth retardation. There may be causes or risk factors from the pregnant woman, fetal and the placenta, which affect the pregnant woman and fetal, Therefore, midwifery an important role in caring for pregnant women with intrauterine growth retardation to caring pregnant women with intrauterine growth retardation. Preventing complications during pregnancy, labor and the postpartum period. Including, teaching or guiding clinical, consultation with health personnel, coordination, using empirical evidence and follow up and collect information about caring for pregnant women with preventing complications during pregnancy, labor and the postpartum period. Including applied to take care of pregnant women and their families for a quality pregnancy

Keyword: Midwifery, Pregnant women, Intrauterine growth retardation

Corresponding author : Pathanin.san@stou.ac.th

วันที่รับ (received) 11 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2567

บทนำ

ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (Intrauterine growth retardation: IUGR หรือ intrauterine restriction) เป็นภาวะที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่าเปอร์เซนไตล์ที่ 10 เมื่อเทียบกับอายุครรภ์นั้นๆ[1] เป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์[2] ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าจำแนกเป็นการเจริญเติบโตช้าแบบได้สัดส่วนและแบบผิดสัดส่วน มีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงทั้งจากสตรีตั้งครรภ์ทารก และรก ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของทารก ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและเพิ่มอัตราการตายปริกำเนิดขึ้นเป็น 2 เท่า หรือการเสียชีวิตของทารกพบได้ร้อยละ 1.5[1] สำหรับสตรีตั้งครรภ์อาจส่งผลกระทบด้านจิตสังคม การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็วจะช่วยให้วางแผนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าวได้เหมาะสมและครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตสังคม สามารถช่วยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารก และช่วยลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดได้

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เป็นการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์โตช้ากว่าปกติ ซึ่งให้การดูแลสตรีที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตัวสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ มีบทบาทในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าในการป้องกัน การสอนหรือชี้แนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า การให้คำปรึกษาทางคลินิกกับบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้การวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า นอกจากนี้ยังนำการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ติดตามรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า[3] มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ จึงเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด อาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่สามารถดูแลป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ตั้งแต่ในระยะก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด

การจำแนกทารกในครรภ์ที่มีภาวะเจริญเติบโตช้าจำแนกเป็นการเจริญเติบโตช้าแบบได้สัดส่วนและการเจริญเติบโตช้าแบบผิดสัดส่วน การวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมอาจเกิดจากสตรีตั้งครรภ์และทารก ผลกระทบทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก การรักษาทารกในครรภ์ที่เจริญเติบโตช้าโดยการประเมินภาวะเสี่ยงและให้การรักษาแก้ไขภาวะเสี่ยง ให้การดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด และบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ให้มีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนผลลัพธ์ที่ไม่ดีจากการตั้งครรภ์ ส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กที่เกิดขึ้นได้

ความหมาย

ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (intrauterine growth retardation: IUGR หรือ intrauterine restriction) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเปอร์เซนไตล์ที่ 10 เมื่อเทียบกับอายุครรภ์นั้นๆ[1]

การจำแนก

การจำแนกทารกในครรภ์ที่มีการเจริญเติบโตช้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การเจริญเติบโตช้าแบบได้สัดส่วน และ 2) การเจริญเติบโตช้าแบบผิดสัดส่วน1 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเจริญเติบโตช้าแบบได้สัดส่วน (symmetrical IUGR หรือ type 1) หมายถึง ทารกที่มีการเจริญเติบโตช้าทุกส่วนของร่างกาย อัตราส่วนของเส้นรอบศีรษะ (head circumference : HC) ต่อเส้นรอบท้อง (abdominal circumference: AC) อยู่ในเกณฑ์ปกติ พบได้ร้อยละ 20-30 ส่วนใหญ่เกิดในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นระยะ cellular hyperplasia มีผลกระทบทำให้จำนวนเซลล์ลดลง ความผิดปกติของเซลล์และการติดเชื้อของทารก4

2. การเจริญเติบโตช้าแบบผิดสัดส่วน (asymmetrical IUGR หรือ type II) หมายถึง ทารกมีอัตราโตของท้องช้ากว่าปกติ ทำให้อัตราส่วนของเส้นรอบศีรษะต่อเส้นรอบท้องมากกว่าปกติ มักเกิดขึ้นในระยะหลังของการตั้งครรภ์ มีผลกระทบต่อขนาดของเซลล์มากกว่าจำนวนเซลล์ พบว่าอัตราการเจริญเติบโตของส่วนท้องจะช้ากว่าส่วนศรีษะ พบได้ร้อยละ 70-80 ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะรกเสื่อม[4]

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ซึ่งราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา[1] มีข้อแนะนำดังนี้

1. การซักประวัติ เกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ซักประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดและยาที่ใช้เป็นประจำ ประวัติทางสูติกรรม ได้แก่ ประวัติทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ก่อน มีเลือดออกทางช่องคลอด ครรภ์แฝด น้ำหนักตัวน้อย และภาวะซีด ประวัติเกี่ยวโรคทางอายุกรรม ได้แก่ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคเบาหวาน และซักประวัติอื่นๆ ได้แก่ สถานะทางสังคม เศรษฐานะต่ำ การซักประวัติดังกล่าวเป็นการเพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า

2. การตรวจร่างกาย การวัดระดับยอดมดลูกของสตรีตั้งครรภ์ เป็นตัวคัดกรองภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า หากพบว่าขนาดของมดลูกต่ำกว่าอายุครรภ์ ควรมีการประเมินซ้ำโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อยืนยันอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา[1] ได้มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวัดระดับความสูงของยอดมดลูก (fundal height) หากความสูงของยอดมดลูกกับอายุครรภ์มีความต่างกันมากกว่า 3 เซนติเมตร ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า การวัดความสูงของยอดมดลูกควรวัดในช่วงอายุครรภ์ 24-38 สัปดาห์ และชั่งน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ด้วย หากพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ หรือไม่มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ อาจเกิดภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าได้

3. การตรวจพิเศษ

3.1 การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจะสามารถกำหนดอายุครรภ์ใน 20 สัปดาห์แรกได้ ซึ่งทำให้สามารถใช้ตรวจติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์เป็นระยะ ๆ ได้ โดย 1) การวัดเส้นรอบท้อง (abdominal circumference: AC) เพื่อดูการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้ดีที่สุด เมื่อทารกมีภาวะขาดสารอาหารทำให้การสะสมของไกโคเจนที่ตับลดลง ทำให้เส้นรอบท้องจะมีค่าลดลง พบได้ทั้งภาวะทารกเจริญเติบโตช้าแบบได้สัดส่วน และแบบผิดสัดส่วน 2) การวัดขนาดของศีรษะทารก (biparietal diameter: BPD) ควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 สัปดาห์ เพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ว่ามีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ซึ่งตรวจได้ทั้งชนิดได้สัดส่วนและชนิดผิดสัดส่วน 3) อัตราส่วนความยาวกระดูกต้นขา (femur length: FL) ต่อเส้นรอบท้อง ค่ามากกว่าร้อยละ 24 แสดงว่าทารกมีภาวะการเจริญเติบโตช้าแบบผิดสัดส่วน 4) การคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยคำนวณน้ำหนักทารกจากการวัดขนาดของศีรษะทารก เส้นรอบท้อง เส้นรอบศีรษะ และความยาวกระดูกต้นขา หากคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์พบว่าน้อยกว่าเปอร์เซนต์ไตล์ที่ 10 ของอายุครรภ์นั้น ๆ ให้สงสัยว่าทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า

3.2 การตรวจหาปริมาณน้ำคร่ำ ส่วนใหญ่จะตรวจพบปริมาณน้ำคร่ำลดลงเป็นลำดับแรกก่อน อาจบ่งบอกว่ามีภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เนื่องจากเลือดจะไปเลี้ยงที่ไตน้อยลง ทำให้ทารกในครรภ์ปัสสาวะออกน้อย

3.3 การตรวจรก หากพบว่าอยู่เกรด 3 ในระยะต้นของไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ อาจเกิดภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าได้

สาเหตุและหรือปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า แบ่งตามประเภทของการเจริญเติบโตช้าในครรภ์[1,5,6] ดังนี้

1. สาเหตุของการเจริญเติบโตช้าแบบได้สัดส่วน (symmetrical IUGR หรือ type 1)

สาเหตุและหรือปัจจัยเสี่ยงจากสตรีตั้งครรภ์

อายุของสตรีตั้งครรภ์น้อยกว่า 16 ปี หรืออายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสเกิดภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าได้สูง ภาวะทุพโภชนาการ หรือสตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักก่อนคลอดน้อยกว่า 45 กิโลกรัม หรือน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ หรือเพิ่มขึ้นน้อยขณะตั้งครรภ์ การได้รับรังสี โดยเฉพาะในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ซึ่งเซลล์จะมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว รังสีสามารถทำลายเซลล์โดยตรง และสตรีตั้งครรภ์ได้รับยาบาง

อย่างที่ใช้รักษาโรค เช่น ยา dilantin เป็นยาป้องกันชัก ยา propanolol ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น นอกจากนี้ พฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ อาทิ สตรีตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ รวมทั้งการใช้สารเสพติด เช่น โคเคน เฮโรอิน เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้เป็นสาเหตุและหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าได้

สาเหตุและหรือปัจจัยเสี่ยงจากทารก จากความผิดปกติของโครโมโซม พบได้ร้อยละ 5-20[1] มีโอกาสเกิดทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าได้ ทารกพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะทารกที่มีความพิการของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทารกไม่มีสมอง (anencephaly) เป็นต้น การติดเชื้อหัดเยอรมัน เริม งูสวัด ไซโตเมกาโลไวรัส เป็นต้น การติดเชื้อเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าได้

2. สาเหตุของการเจริญเติบโตช้าแบบผิดสัดส่วน (asymmetrical IUGR หรือ type II)

สาเหตุและหรือปัจจัยเสี่ยงจากสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์เป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เบาหวาน ระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งโรคดังกล่าวจะมีขนาดของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกเล็กลง ทำให้ปริมาณการไหลเวียนเลือดไปยังทารกลดลง สตรีตั้งครรภ์เป็นโรคโลหิตจาง โรคหัวใจที่มีภาวะเขียว เป็นต้น และสตรีตั้งครรภ์เป็นโรคไตเรื้อรัง มีการสูญเสียโปรตีนออกทางปัสสาวะ ซึ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อการเกิดทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าได้

สาเหตุและหรือปัจจัยเสี่ยงจากรก ความผิดปติของรกและสายสะดือ ทำให้การแลกเปลี่ยนสารอาหารที่รกลดลง รกเสื่อมสภาพ รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ สายสะดือเกาะที่เยื่อหุ้มเด็ก เนื้องอกของรก (chorioangioma) เป็นสาเหตุและหรือปัจจัยเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าได้

สรุปได้ว่าสาเหตุและและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงจากสตรีตั้งครรภ์ ทารก และรก ที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า

ผลกระทบ

สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก[1,5] ดังนี้

1. ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้า จะเกิดความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และเพิ่มการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากทารกมีภาวะขาดออกซิเจน หรือทารกสูดสำลักขี้เทา

2. ผลกระทบต่อทารก ทารกในครรภ์ที่มีการเจริญเติบโตช้า ทำให้อัตราเจ็บป่วยและอัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนและการสูดสำลักขี้เทา (meconium aspiration) อาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hyperglycemia) และอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) ภาวะความเข้มข้นของเลือดสูง (polycythemia) จากการขาดออกซิเจนเรื้อรังขณะอยู่ในครรภ์ ทารกจึงปรับตัวโดยการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิด thrombosis ได้ง่าย และภาวะตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) จากการที่เม็ดเลือดแดงมีการแตกสลายเพิ่มขึ้น

การรักษา

การรักษาทารกในครรภ์ที่มีภาวะเจริญเติบโตช้า7,8 ดังนี้

1. ตรวจหาปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของการเกิดภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ให้การรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน ภาวะซีด ภาวะน้ำหนักตัวน้อย และให้สตรีตั้งครรภ์งดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเสพสารเสพติด เป็นต้น

2. รับสตรีตั้งครรภ์เข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้นอนพักเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในมดลูก และติดตามสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในรายที่มีความเสี่ยงสูงมากอาจต้องได้รับการตรวจถี่ขึ้น โดยตรวจสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ส่งตรวจพิเศษอย่างอื่นร่วมด้วย

3. หากพบทารกมีภาวะเสี่ยงมากควรพิจารณาให้คลอด

4. ระยะคลอด ติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด สังเกตสีและปริมาณน้ำคร่ำ ขณะเจาะถุงน้ำคร่ำ ทั้งนี้เนื่องจากทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้ามีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน จากการที่รกทำงานลดลงและสายสะดืออาจถูกกดทับจากปริมาณของน้ำคร่ำที่ลดลง เมื่อพบความผิดปกติดังกล่าวอาจพิจารณาการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดออกทางหน้าท้อง

5. ระยะหลังคลอด ให้การดูแลช่วยเหลือทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และภาวะน้ำตาลต่ำ

6. ตรวจร่างกายทารกแรกเกิดทันทีเพื่อการดูแลได้อย่างเหมาะสม

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ทีมีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า[3,9,10] มีดังนี้

1. บทบาทในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (direct care)

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการประเมินการคัดกรอง เฝ้าระวัง และวินิจฉัยภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า รวมทั้งครอบครัว ประเมินความพร้อมในการตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม เสริมสร้างสุขภาพสตรีในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า และส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ทีมีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าเพื่อการดูแลรักษาต่ออย่างเหมาะสม โดยพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รายละเอียดดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ : โดยการอธิบายให้ทราบสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ แผนการรักษา และเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แนะนำให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยนอนตะแคงข้างซ้าย เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่มดลูก แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพิ่มโปรตีน แนะนำให้สังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ หากดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง/วัน ควรรีบมาพบแพทย์ และติดตามระดับความสูงของยอดมดลูก และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์

ระยะคลอด : บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลในระยะคลอดโดยการแนะนำการนอนพักบนเตียงในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงมดลูกได้เพิ่มขึ้น ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง กรณีที่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ ให้สังเกตการมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ (meconium) หากพบมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ หรืออัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ควรแก้ไขโดยให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ดูแลให้ได้รับออกซิเจน และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลีกเลี่ยงการให้ยาบรรเทาปวด เนื่องจากยาจะกดการหายใจของทารก หากมีความจำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด หรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ควรเตรียมผู้คลอดให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเตรียมอุปกรณ์ในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อม เพื่อให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดได้ทันที

ระยะหลังคลอด : บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลในระยะหลังคลอดโดยการให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โดยเน้นการควบคุมอุณหภูมิของทารก เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายทารก ตรวจร่างกายทารกอย่างละเอียดเพื่อประเมินความพิการ หรือความผิดปกติ และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก โดยให้มารดาได้สัมผัสทารกแรกเกิดทันที ก่อนที่จะนำทารกไปยังหน่วยทารกแรกเกิด พร้อมทั้งอธิบายลักษณะของทารกน้ำหนักตัวน้อยให้มารดาเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและยอมรับทารกแรกเกิด อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงแผนการรักษาแก่ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย การส่งเสริมและเน้นให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และให้การดูแลมารดาหลังคลอด เช่นเดียวกับมารดาหลังคลอดทั่วไป

2. บทบาทในการสอนและชี้แนะ (teaching and coaching)

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการสอนและชี้แนะในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า รวมทั้งการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์

3. บทบาทในการให้คำปรึกษาทางคลินิกกับพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (consultant)

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการให้คำปรึกษา

ให้กับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า โดยอาศัยข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถดูแลสุขภาพในรายที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

4. บทบาทในการประสานความร่วมมือ (collaboration)

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนให้การดูแล ประเมินผลการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ในการช่วยหรือสนับสนุนทางอารมณ์ และข้อมูลข่าวสารแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ในขณะเดียวกันต้องค้นหาแหล่งสนับสนุนและมีการประสานความร่วมมือกับครอบครัวและทีมสุขภาพเพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีการประสานความร่วมมือ หรือส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

5. ความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice)

พยาบาลผดุงครรภ์มีการติดตามรวบรวมผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

สรุป

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ซึ่งสาเหตุและหรือปัจจัยเสี่ยงอาจเกิดจากสตรีตั้งครรภ์ ทารก และรก อาจส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าต้องให้การดูแลทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า การสอนหรือชี้แนะ การให้คำปรึกษาทางคลินิกกับบุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ติดตามรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ

References

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal Growth Restriction ACOG. Practice Bulletin, 2021.
2. The International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. Ultrasound Obstetric Gynecology. 2020.
3. Shama D, Shastric S, & Sharma P. Intrauterine Growth Restriction : Antenatal and Postnatal Aspects. Clinical Medicine Insights: Pediatrics. 2016.
4. Sahu S, Laishram G, Rannaware A, & Choudhari SG. Impact of COVID -19 on Pregnancy and Maternal-Neonatal Outcomes: A Narrative Review. Cureus 2022;14(11): e31397.
5. 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):95-103. (in Thai)
6. Cunningham GF, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman, BL, Spong CY, Casey BM, Obstetrics (26th ed). New York: McGraw Hill. 2020.
7. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, & Ashwill JW. Pregnancy- related complication. In Maternal-Child Nursing (5th ed.). Canada: Elseiver saunders. 2018.
8. Srisawad K, & Sangaroon S. The Roles of Nurses in Taking Care of Pregnant Women Being Active Hepatitis B Virus Carriers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(3) :1-7. (in Thai)
9. Chaleoykitti S, & Srisawad K. Nurses's Role in Taking care of Pregnant women at risk of Coronavirus infection. Journal of the Police Nurse. 2020;12(1):210-21. (in Thai)

บทบาทพยาบาลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่มีรูรั่วระหว่างผนังกั้นหัวใจห้องบน โดยการสวนหัวใจเพื่อทดแทนการผ่าตัด

The Role of Health Education for Pediatric Patients with Congenital Heart Disease Type Atrial Septal Defect, By Transctheter Intervention to Replace Surgery

เอกราช บุญชม*
Eakkarat Boonchom*
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีรูรั่วผนังกั้นห้องหัวใจด้านบน ความผิดปกติส่งผลให้ระบบการไหลเวียนเลือดผิดปกติ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจเพื่อสูบฉีดเลือดให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้น้อยลง ควรผ่าตัดปิดรูรั่วหลังอายุ 3 ปี และก่อนวัยเรียน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดปอดผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจำเป็นต้องให้ยาช่วยควบคุมอาการและได้รับการผ่าตัดโดยเร็ว ในปัจจุบันการสวนหัวใจสามารถทดแทนการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการสวนหัวใจอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงที่มักพบภายหลังการสวนหัวใจ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการสวนหัวใจโดยใช้อุปกรณ์ปิดรูรั่วเพื่อพัฒนากระบวนการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในบทความนี้จะกล่าวถึงโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติของผนังกั้นหัวใจห้องบนรั่ว (ASD) การรักษาด้วยการใส่อุปกรณ์ปิดรูรั่วที่ผนังกั้นห้องบน ภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลในระยะก่อนและหลังใส่อุปกรณ์ปิดรูรั่วที่ผนังกั้นหัวใจห้องบน ให้เกิดผลลัพธ์ในกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการสวนหัวใจและผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีร่างกายแข็งปราศจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : โรคผนังกั้นหัวใจห้องบนรั่ว, การสวนหัวใจ, การพยาบาลดูแลเด็กโรคหัวใจ

Abstract

Congenital heart disease with a hole in the upper ventricular septum. Abnormalities result in abnormal blood circulation. The heart's ability to pump oxygenated blood to the body is reduced. Surgery should be done to close the leak after 3 years of age and before school age. To prevent pulmonary embolism, patients who are having a heart attack need medication to control their symptoms and surgery as soon as possible. At present, cardiac catheterization can effectively replace surgery. However, cardiac catheterization may have

Corresponding Author: *E-mail: Eakkarat.koon@gmail.com

วันที่รับ (received) 1 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ส.ค. 2567

complications or risks that are often encountered after cardiac catheterization.

The objective of this article is to monitor the incidence of adverse events resulting from cardiac catheterization using a leak closure device. To develop an effective nursing care process for pediatric patients with congenital heart disease. This article discusses congenital heart disease with atrial septal defect (ASD), symptoms, signs, treatment with atrial septal leak closure device, complications, and treatment. Medical treatment before and after insertion of a device to close the hole in the atrial septum. To create results in an efficient nursing process As a result, patients will gain safety, reduce the incidence of complications from cardiac catheterization procedures, and pediatric patients with congenital heart disease will have solid bodies close to international standards.

Keywords: Atrial Septal Defect, Cardiac catheterization, nursing care for children with heart disease

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease: CHD) เป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา หรือมีหลอดเลือดหัวใจเกินภายหลังคลอด พบประมาณ 8 ราย ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย โดยร้อยละ 84 สามารถตรวจพบได้ภายใน 7 วันหลังคลอด[1] ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 50 จะไม่แสดงอาการผิดปกติ ในขณะที่อีกกึ่งหนึ่งจะปรากฏอาการ เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียน้ำหนักตัวน้อย ติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย หัวใจเต้นผิดจังหวะ เขียว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีรูรั่วผนังกั้นห้องหัวใจห้องบนพบเป็นอันดับที่ 2 ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประมาณร้อยละ 10 ความผิดปกติส่งผลให้ระบบการไหลเวียนเลือดผิดปกติมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2 : 1[2] จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยมารับบริการ คลินิกเด็กโรคหัวใจ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 พบว่าผู้ป่วยมานอน (Admit) รักษาด้วยวิธีสวนหัวใจโดยใช้อุปกรณ์ปิดรูรั่วผนังกั้นหัวใจห้องบน จำนวน 475 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดการไหลลัดของเลือดจากหัวใจซีกซ้ายไปยังหัวใจซีกขวา ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจเพื่อสูบฉีดเลือดออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้น้อยลง มักแสดงอาการในเด็กอายุมากกว่า 3 ถึง 5 ปี ความผิดปกติของรูรั่วในตำแหน่งต่างๆ อาจพบรูรั่วเพียงรูเดียวหรือหลายรูบางครั้งลักษณะเป็นรูพรุนคล้ายตาข่าย บางครั้งผนังกั้นส่วน septum primum ยาวกว่าปกติ เกิดเป็นลักษณะ aneurysm เคลื่อนที่ไปมาอาจพบเป็นความผิดปกติเดี่ยว หรือร่วมกับความผิดปกติอื่นการรักษาขึ้นอยู่กับขนาดของรูรั่วอาการแสดงในผู้ป่วยที่มีรูรั่วขนาดเล็กหรือไม่มีมีลักษณะการเพิ่มปริมาณของเลือดในหัวใจห้องล่างขวาและไม่มีอาการผิดปกติ ไม่ต้องให้การรักษาเด็กสามารถใช้ชีวิตเช่นเดียวกับเด็กปกติ ในรายที่มีรูรั่วขนาดปานกลางมีลักษณะการเพิ่มปริมาณเลือดของหัวใจห้องล่างขวา อาจมีความดันในหลอดเลือดของปอดสูง ควรผ่าตัดปิดหลังอายุ 3 ปี และก่อนวัยเข้าเรียน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Pulmonary vascular disease ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจำเป็นต้องให้ยาควบคุมอาการและได้รับการผ่าตัดโดยเร็ว[3] ในปัจจุบันการสวนหัวใจสามารถทดแทนการผ่าตัดได้ เป็นการรักษาโดยใช้สายสวนหัวใจ ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 มิลลิเมตร ใส่เข้าไปในเส้นเลือดโดยทั่วไปมักใช้เส้นเลือดบริเวณขาหนีบ แล้วค่อยๆปล่อยสายสวนหัวใจผ่านไปตามเส้นเลือดจนปลายสายสวนเข้าไปถึงหัวใจ เพื่อทำการวัดความดันในตำแหน่งต่างๆ ของหัวใจ และดูดเลือดจากบริเวณต่างๆของหัวใจมาทำการวิเคราะห์ หลังจากนั้นจะทำการถ่ายภาพเอกซเรย์พร้อมฉีดสารทึบรังสี เพื่อแสดงความผิดปกติต่างๆ ในหัวใจ การรักษาทางสายสวนหัวใจสามารถทดแทนการผ่าตัดได้โดยอัตราเสี่ยงและผลสำเร็จในการรักษาใกล้เคียงกับการผ่าตัด[4] อย่างไรก็ตามการสวนหัวใจอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงที่มักพบภายหลังการสวนหัวใจเพื่อปิดรูรั่วต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งทำให้เด็กมีปัญหาสุขภาพและส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของเด็ก

ดั้งนั้นบทบาทการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจ ทักษะการะบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้ารับการสวนโดยการใช้อุปกรณ์ปิดรูรั่ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการสวนหัวใจโดยใช้อุปกรณ์ปิดรูรั่วเพื่อพัฒนากระบวนการให้การพยาบาลที่มี

ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในบทความนี้จะกล่าวถึงโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติของผนังกั้นหัวใจห้องบนรั่ว (ASD) การรักษาด้วยการใส่อุปกรณ์ปิดรูรั่วที่ผนังกั้นห้องบน ภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลในระยะก่อนและหลังใส่อุปกรณ์ปิดรูรั่วที่ผนังกั้นหัวใจห้องบนให้เกิดผลลัพธ์ในกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการสวนหัวใจและผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีร่างกายแข็งปราศจากภาวะแทรกซ้อน

โรคผนังกั้นหัวใจห้องบนรั่ว (Atrial septal defect : ASD)

หมายถึง รูรั่วระหว่างผนังกั้นห้องด้านบนของหัวใจ[2] มีได้ในตำแหน่งต่างๆ มักพบเป็นรูปทรงรีมากกว่าทรงกลม อาจพบรูรั่วเพียงรูเดียว หรือหลายรู บางครั้งมีลักษณะเป็นรูพรุนคล้านตาข่าย โรคหัวใจแต่กำเนิดที่มีผนังกั้นหัวใจห้องบนรั่ว ทำให้เลือดไหลจากหัวใจห้องบนซ้ายไปห้องบนขวาได้ในจังหวะที่หัวใจบีบตัว ASD เป็นอาการของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดหนึ่ง ซึ่งบางรายสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกคลอด แต่บางรายก็ไม่มีอาการใดๆ ที่แสดงถึงความผิดปกติจนอายุมากจึงมีอาการแสดง

พยาธิสรีรวิทยา[2]

ปริมาณเลือดของการไหลจากหัวใจซีกซ้ายไปยังหัวใจซีกขวาขึ้นกับความแตกต่างของความดัน atrium ซ้ายและขวา ซึ่งแปรตามความยืดหยุ่นของหัวใจห้องล่างของแต่ละข้าง จึงเป็นตัวกำหนดทิศทางการไหลของเลือดผ่านรูรั่ว ในเด็กแรกเกิดหัวใจห้องล่างขวาจะหนาๆ พอกับหัวใจห้องล่างซ้ายจึงมีความยืดหยุ่นน้อย[4] ทำให้ความดันในหัวใจห้องบนทั้ง 2 ข้างพอกันเลือดจึงไหลผ่านรูรั่วได้น้อย หรือไม่ผ่านเลย เมื่ออายุ 3-5 ปี ผนังของหัวใจห้องล่างขวาจะบางลงทำให้ความดันของหัวใจห้องบนขวาลดลงเร็ว เลือดจึงไหลผ่านรูรั่ว ในลักษณะการไหลลัดของเลือดจากหัวใจซีกซ้ายไปยังหัวใจซีกขวาเกิด overload ปริมาณมากหรือน้อยขึ้นกับขนาดของรูรั่ว และความด้านทานของ หลอดเลือดแดงปอดมักจะปกติ แม้ว่าปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไปปอดมากขึ้น 3-4 เท่า ของภาวะปกติก็ตาม ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด มักพบระยะหลังช่วงเด็กโต บางรายอาจแสดงอาการเร็วโดยเฉพาะในรายที่มีผิดปกติอื่น ๆ ในหัวใจร่วมด้วย เช่น ผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่ว (VSD), เส้นเลือดเกิน (PDA) เป็นต้น

อาการและอาการแสดง [2,5]

ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ อายุ 0-6 ปี ไม่แสดงอาการแม้รูรั่วมีขนาดใหญ่ เนื่องจากปริมาณเลือดไหลลัดจากหัวใจซีกซ้ายไปหัวใจซีกขวาพบประมาณร้อยละ 5 ที่แสดงอาการหัวใจล้มเหลว เลี้ยงไม่โต ในอายุน้อยกว่า 2 ปี ในเด็กโตที่มีปริมาณเลือดหัวใจซีกซ้ายไหลลัดไปยังหัวใจซีกขวาขนาดปานกลางขึ้นไปร่วมกับความดันในหลอดเลือดแดงปอดสูงขึ้นจะมีอาการเหนื่อยเวลาออกกำลังกาย หัวใจล้มเหลวอาจเป็นลักษณะทั้งซ้ายและขวา sided ภาวะหัวใจล้มเหลว Congestive Heart Failure (CHF) บางรายอาจมีจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติร่วมด้วย พบหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะได้บ่อย พบได้ถึงร้อยละ 15 ตลอดอายุขัยของผู้ป่วย[5]

การตรวจร่างกาย[2,5]

เสียงหัวใจผิดปกติมักได้ยินในเด็กโตอายุมากกว่า 2-3 ปี ลักษณะเสียงหัวใจผิดปกติเป็นชนิด systolic ejection ฟังได้ชัดบริเวณ left upper sternal border ซึ่งเกิดจากปริมาณเลือดไหลผ่านลิ้นหัวใจพัลโมนารี มากขึ้น เลือดที่ไหลผ่านรูรั่วจะไม่ทำให้เกิดเสียงหัวใจผิดปกติผลจากความดันหัวใจห้องบนต่างกันน้อย ในกรณีที่เลือดไหลลัดจากหัวใจซีกซ้ายไปซีกขวามาก ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านลิ้นหัวใจไตรคัสปิดมากขึ้น เกิดเสียงฟู่ของหัวใจซึ่งฟังได้ชัดบริเวณ left lower sternal border เกิดจากมีการเพิ่มของเลือดของ ห้องล่างขวา และมีเลือดผ่านลิ้นหัวใจพิวโมนิคเป็นระยะนานขึ้นโดยไม่สัมพันธ์กับการหายใจ เสียงลิ้นพิวโมนิคปิดจึงช้ากว่าปกติ

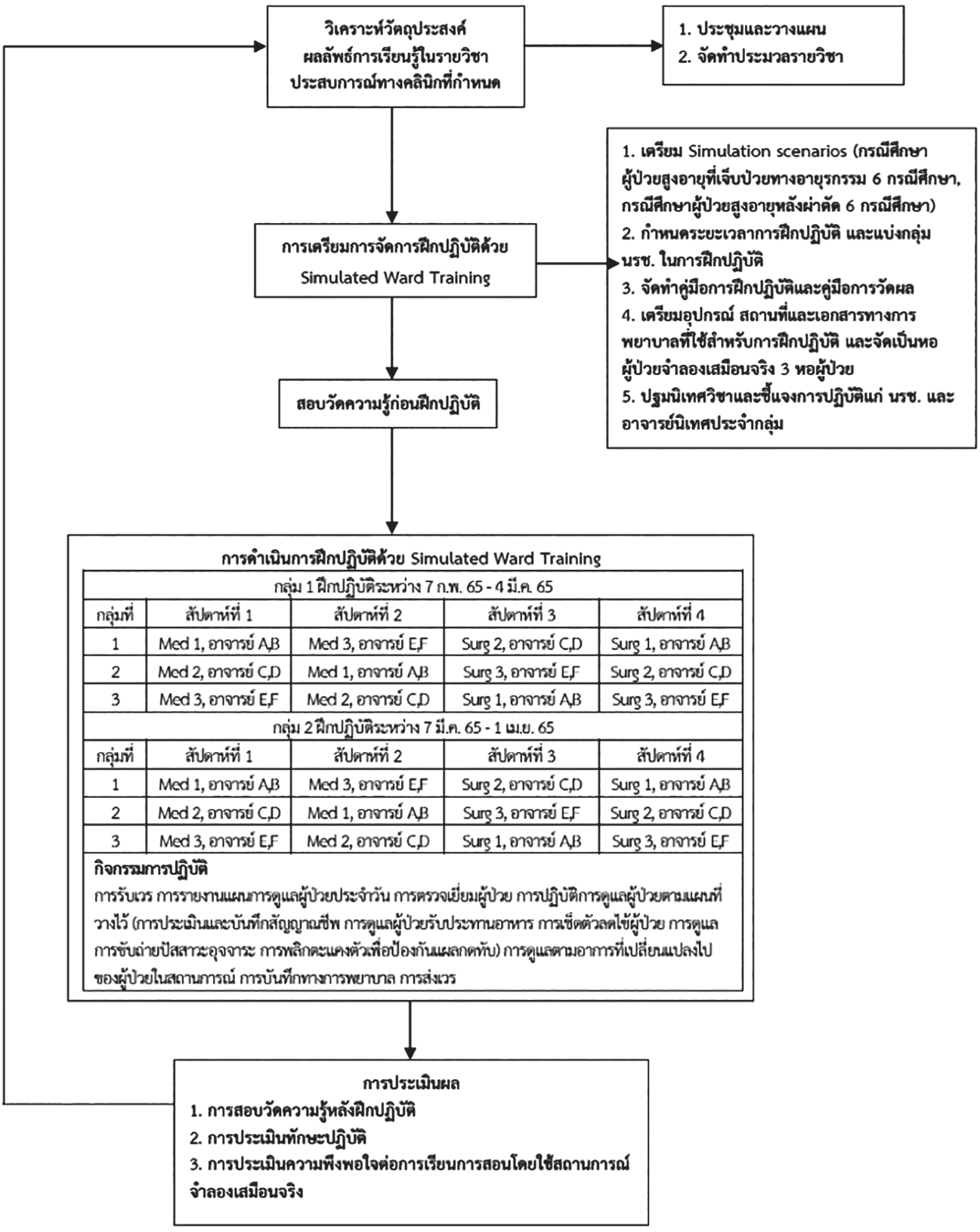
การวินิจฉัยโรค [2,5]

อาศัยการตรวจพบดังกล่าว ร่วมกับการตรวจค้นต่อไปนี้

1. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ในรายที่รูรั่วขนาดเล็กมักไม่พบความผิดปกติ ในรายที่รูรั่วมีขนาดปานกลางขึ้นไปขนาดของหัวใจมักโตขึ้น โดยเฉพาะห้องบนขวา มี pulmonary trunk ที่โตและ pulmonary artery vasculature ที่มากขึ้น

2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ มักพบ SRS มีลักษณะ Rsv ใน V4 R และ V1 ซึ่งเกิดจาก delayed Conduction ในหัวใจห้องล่างทำให้ R ตัวหลังใหญ่ และในกรณีที่มีการเพิ่มของเลือดเป็นเหตุให้พบ Right axis deviation หัวใจห้องล่างขวาโต จะมี R wave ที่สูงขึ้นใน right chest leads ร่วมกับมี deep S ใน left chest leads

3. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง สามารถเห็นรูรั่ว ขนาดตำแหน่ง และในรายที่มี shunt ขนาด



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงาน การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ปานกลางขึ้นไป ขนาดของหัวใจห้องล่างขวา ในช่วง end diastole จะโตว่าปกติ

การรักษา[2,5]

การรักษาขึ้นกับขนาดรูรั่วและอาการแสดง ในรายที่รูรั่วขนาดเล็กหรือไม่มีลักษณะการเพิ่มของเลือดไม่ต้องให้การรักษา ผู้ป่วยอาจมีอัตราเสี่ยงของ paradoxical emboli (น้อยกว่าร้อยละ 1) และ หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะร้อยละ[15] ในรายที่รูรั่วมีขนาดปานกลางขึ้นไปมีลักษณะการเพิ่มของเลือดโดยอาจมีหรือไม่มีความดันในหลอดเลือดแดงสู่ปอดสูง ไม่แสดงอาการชัดเจนควรรักษาก่อนวัยเรียนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโรคปอดอุดกั้น อัตราเสี่ยงต่อการผ่าตัด น้อยกว่าร้อยละ 2 และพบว่าถ้าทำผ่าตัดปิดรูรั่วตั้งแต่อายุน้อยๆ จะลดอัตราการเกิดจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติในระยะหลังได้ แต่ก็มีรายงานการเกิด หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะในระยะหลังผ่าตัดปิดรูรั่วได้ถึงร้อยละ 15 รวมทั้งอัตราเสี่ยงต่อกาตผ่าตัดที่มีสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปี ถ้าได้รับการปิดรูรั่วก่อน จะมีอัตราการรอดชีวิตในช่วง 60 ปี หรือมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ

การพยากรณ์โรคและการดำเนินของโรค [2,5]

1. ในผู้ป่วยที่มีรูรั่วขนาดปานกลางขึ้นไปและไม่ได้รับการผ่าตัดปิดรูรั่วอาจเกิดอาการภาวะหัวใจล้มเหลวในวัยผู้ใหญ่ และมีโอกาสเกิดโรคปอดอุดกั้นเมื่ออายุ 20-30 ปี ได้สูงถึงร้อยละ 5-10 และภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะได้ โดยเฉพาะ atrial flutter, atrial fibrillation สาเหตุที่ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่ออายุมากขึ้นอาจเป็นจากโรคหัวใจขาดเลือด เกิดในผู้ป่วยบางรายส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายลดลงและความยืดหยุ่นของหัวใจห้องล่างซ้ายเสียไปจึงทำให้มีการไหลของเลือดมากขึ้น

2. หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ (Atrial arrhythmia) โดยมี atrial fibrillation ที่อาจเป็นอยู่ตลอดเวลา ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานแย่ลง จึงเพิ่มการไหลลัดของหัวใจซีกซ้ายไปยังหัวใจซีกขวา ความดันในปอดสูงมีผลให้หัวใจห้องล่างขวาทำงานหนักขึ้น ขนาดโตขึ้นและมี secondary tricuspid regurgitationได้

3. ในบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงของลิ้นหัวใจไมตรัลใสระยะหลังแบบ myxomatous ให้เกิดลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วโอกาสที่จะเกิดภาวะติดเชื้อในหัวใจน้อยมากในรูรั่วชนิดนี้อย่างเดียว จึงไม่จำเป็นต้องให้การป้องกันการติดเชื้อด้วยยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการที่เสี่ยงต่อภาวะ bacteremia

4. Ostium primun defect (primum ASD, partial atrioventricular canal) รูรั่วในส่วนเนื้อเยื่อ endocardial cushion ซึ่งประกอบด้วย septum secundum ส่วนของ anterior leaflet ของลิ้น mitral และส่วนที่ตรงกับ ostium primum ซึ่งอยู่เหนือลิ้นไมตรัล และไตรคัสปิด มักมีรูรั่วขนาดใหญ่และพบรอยขาดของลิ้นหัวใจทั้งสองร่วมด้วยเสมอ โดยมีความรุนแรงแตกต่าง ตัวที่กำหนดความรุนแรงของโรคคือ ความผิดปกติของลิ้นหัวใจไมตรัลส่วนความผิดปกติของลิ้นหัวใจไตรคัสปิด(septal leaflet) มักไม่ก่อให้เกิดปัญหา บางครั้งมีการขาดหายไปทั้งหมดของผนังกั้นหัวใจห้องลนเกิดเป็น common atrium

5. Sinus venosus defect รูรั่วระหว่างเนื้อเยื่อ sinus venosus ของหัวใจห้องบนขวาและซ้าย ซึ่งอยู่ทางด้านหลังต่อ fossa ovalis และอยู่ระหว่างรูเปิดของ superior vena cava (SVC) และ inferior vena cava (IVC) พบประมาณร้อยละ 5-10 ของรูรั่วทั้งหมดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะมีเป็นรูรั่วชนิดที่อยู่ส่วนบนของผนังกั้น atrium ใกล้รูเปิดของ SVC บางครั้งเป็น SVC อยู่คร่อมรูรั่วชนิดนี้ เนื่องจากผนังกั้นหัวใจห้องบนส่วนบนอยู่ใกล้ right upper พัลโมนารีเวนเมื่อมีการขาดหายไปของผนังส่วนนี้พบมากกว่าร้อยละ 90 จะมี right upper pulmonary vein เปิดเข้าสู่ SVC หรือรอยต่อกับห้องบนขวาทั้งๆ ที่ตำแหน่งของพัลโมนารีเวนอยู่ปกติ แต่ทิศทางการไหลของเลือดเข้าผิดที่ เกิดภาวะ partial anomalous pulmonary venous connection (PAPVC) ร่วมด้วยส่วนน้อยของผู้ป่วยจะมีรูรั่วอยู่ใกล้รูเปิดของ IVC ซึ่งอาจพบร่วมกับความผิดปกติของการเปิดข้าวของ right lower pulmonary vein โดยเปิดเข้าในตำแหน่งใต้กระบังลม (Scimitar syndrome)

การรักษาโดยการใส่อุปกรณ์ปิดรูรั่วที่ผนังกั้นหัวใจห้องบนผ่านสายสวนหัวใจ[2,4,5]

การใช้อุปกรณ์ปิดรูรั่วโดยผ่านสายสวนหัวใจ เข้าทางบริเวณขาหนีบด้านขวาทางหลอดเลือดดำ โดยสายสวนหัวใจผ่านเข้ารูรั่วที่ผนังกั้นหัวใจห้องบน จากนั้นอุปกรณ์ที่กางออกได้ปิดรูรั่วฝังไว้ที่หนังกั้นหัวใจห้องบน เพื่อไม่ให้มีการปะปนของหลอดเลือดดำและแดงทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ในประเทศไทย มี 3 ชนิด[3] คือ Amplatzer® Cocoon และ Occlutech® มีการออกแบบที่เป็นเอกลักษณ์มีลักษณะที่แตกต่างกัน มี stiffness และ shap มีการออกแบบที่เป็นเอกลักษณ์มีลักษณะที่แตกต่างกัน มี stiffness และ shape configuration ต่างกันและทำให้ผู้ใช้ต้องมีความเข้าใจและคุ้นเคยกับคุณลักษณะอุปกรณ์นี้ สามารถใช้ในเด็กตั้งแต่

6-7 กก. จนถึงผู้ป่วยผู้ใหญ่ โดยที่ผู้ใช้ต้องมีความเข้าใจ anatomy และ physiology ที่ต่างกัน โดยมีอัตราความสำเร็จอยู่ถึงร้อยละ 92.7 อุปกรณ์นี้ง่ายต่อการนำไปใช้ สามารถจะดึง device กลับคืน หรือสามารถปรับเปลี่ยนตำแหน่ง device ได้ก่อนที่จะปล่อยออกจากสาย cable อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม เทคนิคการปล่อย device และการตรวจตำแหน่งไม่ได้ทำให้แน่ใจได้ว่า device จะไม่มีทาง embolization ได้จึงควรที่จะเตรียมความพร้อมที่จะ retrieve device ออกได้ ในการทำหัตถการครั้งเดียวกัน

อุปกรณ์ที่ใช้ในการปิดรูรั่ว ปัจจุบันมี ASD device มี 3 ชนิดที่นิยมใช้ในโรงพยาบาลศิริราช คือ

- Amplatzer ® septal occlude (ASO)
- Cocoon ASD device จาก Vascular Innovation ประเทศไทย มีลักษณะคล้าย ASO แต่มีการใช้ platinum เคลือบผิว ลักษณะจำนุ่มกว่าและมี waist shape ที่เล็กกว่า label size เล็กน้อย
- Occlutech® ASD device จากบริษัท Occlutech® ประเทศเยอรมัน มีลักษณะไม่มี LA disc knob แต่มีความแข็งแรง คล้าย ASO และระบบยึด device กับ delivery cable มีความต่างจาก ASO และ Coccoon

บทบาทพยาบาลดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีรูรั่วระหว่างผนังกั้นหัวใจห้องบน โดยการสวนหัวใจเพื่อทดแทนการผ่าตัด[2,4,5,6]

ระยะก่อนทำหัตถการสวนหัวใจ

1. ระบุตัวผู้ป่วยสอบถามชื่อ-นามสกุลให้ตรงกับบัตรประชาชนตารางสวนหัวใจ เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนเข้าห้องตรวจสวนหัวใจสวมเสื้อคลุมและหมวกให้เรียบร้อย ตรวจสอบและลงนามหนังสือ(Consent form) ลงนามให้ถูกต้องครบถ้วน เช่น ผู้ป่วย ผู้แทนโดยชอบธรรม แพทย์ พยาน เป็นต้น
2. ตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาล เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพบัตรทอง สิทธิของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม เป็นต้น
3. ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้งดอาหารและน้ำ อย่างน้อย 6 ชั่วโมง และงดยาต้านการแข็งตัวและยาละลายลิ่มเลือดมาหรือไม่
4. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสัญญาณชีพ หากมีความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที
5. ตรวจสอบและเตรียมความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ต้องการทำหัตถการ
6. สอบถามผู้ป่วย/ผู้ปกครองถึง ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ยาปฏิชีวนะ ถ้ามีต้องรายงานให้แพทย์ทราบ
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของกุมารแพทย์
8. จดบันทึกและประเมินตำแหน่งความรุนแรง ความสม่ำเสมอชีพจรและเปรียบเทียบเท้าทั้งสองข้าง กำหนดจุดสัญลักษณ์ที่คลำชีพจรได้ชัดเจนสุด
9. ตรวจดูผลเลือด เช่น CBC ดูภาวะซีด เช่น hemoglobin หากมียา warfarin ตรวจดูผลเลือดตามแผนการรักษา
10. อธิบายถึงขั้นตอนการทำหัตถการให้ผู้ป่วย/ผู้ปกครองรับทราบถึงแนวทางการดูแลรักษาและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล/ผู้ปกครองซักถามข้อสงสัย
11. จัดให้ผู้ป่วยรอในห้องพักคอย โดยมีพยาบาลคอยให้การดูแล ทั้งร่างกาย จิตใจ อย่างใกล้ชิดตามปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนทำหัตถการ

ระยะก่อนทำหัตถการสวนหัวใจ

1. เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ทำหัตถการให้พร้อมใช้และผสมสารละลายป้องกันการแข็งตัวของเลือด
2. เปิดชุดเครื่องมือแพทย์โดยปูผ้าพลาสติกกันน้ำที่ปลอดเชื้อเปิดเครื่องมืออุปกรณ์เทน้ำยาคลอร์เฮกซิดีนลงในชุดเครื่องมือเปิดผ้าและเสื้อคลุมถุงมือปลอดเชื้อ
3. สวมชุดตะกั่วกันรังสีแผ่นป้องกันไทรอยด์แว่นตากันรังสีและล้างมือโดยใช้เทคนิค surgical hand washing ใส่เสื้อคลุม ถุงมือปลอดเชื้ออย่างถูกวิธี
4. จัดโต๊ะเครื่องมือตรวจเช็คอุปกรณ์ที่มากับชุดเครื่องมือเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ที่เปิดไว้ และน้ำยา 1% xylocaine และ heparin ไว้ให้แพทย์
5. จัดโต๊ะเพิ่มอีก 1 ตัว ปูผ้าพลาสติกกันน้ำที่ปลอดเชื้อ เพื่อใช้ในการเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ปิดรูรั่วที่ผนังกั้นหัวใจห้องบน
6. ส่งเครื่องมืออุปกรณ์ตามลำดับความต้องการของแพทย์อย่างถูกต้องและจัดเก็บอย่างถูกวิธีเพื่อมิให้เกิดอันตรายกับผู้ปฏิบัติงาน
7. สังเกตการทุกขั้นตอนและวางแผนส่งอุปกรณ์

ในลำดับถัดไปได้ถูกต้องรวดเร็วอย่างเหมาะสม

8. ปฏิบัติเทคนิคการปลอดเชื้อขณะทำหัตถการอย่างเคร่งคัดความรอบคอบต่อการไล่ฟองอากาศในอุปกรณ์ทุกชนิดไม่ให้มีอยู่ในชุดอุปกรณ์

9. ตรวจนับอุปกรณ์ แยกของมีคม แยกอุปกรณ์ที่ต้องทิ้งขยะติดเชื้อ และอุปกรณ์อื่นๆ ไว้ห้องล้างเครื่องมือ เมื่อสิ้นสุดหัตถการและช่วยพยาบาลช่วยรอบนอกจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ให้เข้าที่

10. ดูแลผู้ป่วยระหว่างที่แพทย์กดแผลห้ามเลือดขณะเอาท่อนสายสวน (sheath) ออก

11. เช็ดทำความสะอาดร่างกายให้กับผู้ป่วยและเปลี่ยนผ้าห่มผ้าให้ร่างกายมีความอบอุ่น

12. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดมายังเปลนอนเตรียมส่งผู้ป่วยไปยังรักษาอาการที่ห้องพักฟื้น

บทบาทพยาบาลระยะช่วยเหลือผู้ป่วยรอบนอก (circulating nurse)

1. เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์เวชภัณฑ์ต่างๆให้ครบถ้วนร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ

2. เตรียมอุ่นผ้า (electric warmer) เด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 10 Kg. ปรับระดับเครื่องปรับอากาศในห้องสวนหัวใจที่ทำหัตถการให้มีอุณหภูมิที่เหมาะสม

3. นำผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ ถาม ชื่อ-สกุล ให้ตรงกับป้ายข้อมือ ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยให้ตรงกับตารางตรวจประจำวัน สอบถามประวัติของผู้ป่วย สอบถามประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร การถอดฟันปลอม

4. ประเมินอาการทั่วไป และประเมินสัญญาณชีพแรกรับเข้าห้องตรวจสวนหัวใจ และยืนยันความพร้อม ความถูกต้อง ความปลอดภัย

5. ระยะทำหัตถการ (time out) ใช้หลัก aseptic technique ส่งเครื่องมือเปิดชุดเครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์

6. ช่วยสวมเสื้อคลุมปลอดเชื้อให้กับพยาบาลส่งเครื่องมือ และแพทย์

7. จัดท่าผู้ป่วยในท่าที่ถูกต้อง เพื่อความปลอดภัย เฝ้าติดตามกระบวนการสวนหัวใจตลอดเวลา เพื่อช่วยในการเตรียมเครื่องหากแพทย์ต้องการใช้ได้ อย่างรวดเร็วทันเวลา

8. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในเอกสารให้ถูกต้องครบถ้วนเฝ้าติดตามระมัดระวังถึงความปลอดภัยผู้ป่วยตลอดเวลา

9. ดูแลผู้ป่วยระหว่างที่แพทย์กดแผลห้ามเลือดขณะเอาท่อนำสายสวน (sheath) ออกหลังจากนั้นทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย เปลี่ยนผ้าสะอาดและห่มผ้าห่มอุ่นให้กับผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นการทำหัตถการ

10. ดูแลรักษาความสะอาดของห้องปฏิบัติการระหว่างหัตถการและเมื่อเสร็จจากการทำหัตถการแล้วจัดเก็บเครื่องมืออุปกรณ์เข้าที่อย่างเรียบร้อย

11. ดูแลเรื่องเคลื่อนย้ายป้องกันอุบัติเหตุพลักตกเตียงมายังเปลนอนเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น

12. ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนออกจากห้องสวนหัวใจในระยะนี้เป็นสิ่งที่ทีมสหสาขาวิชาชีพจำเป็นต้องให้ความสำคัญเพื่อความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

บทบาทพยาบาลดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจเผ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ระยะหลังทำหัตถการสวนหัวใจ

1. ประเมิน Vital Sing ทุกๆ 15 นาที/ชั่วโมงและหรือจนกว่าอาการผู้ป่วยจะคงที่ เฝ้าติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ตลอดเวลา เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนและการไหลเวียนโลหิตอวัยวะส่วนปลาย

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว เช่น การตอบสนองการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ขณะอยู่ห้องพักฟื้นเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบวิสัญญีแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว จึงไม่สามารถประเมินอาการ ผิดปกติในระยะการทำหัตถการได้

3. ประเมินลักษณะการหายใจของทรวงอก ความตื้นลึก อัตราและจังหวะการหายใจ ภาวะขาดออกซิเจน หากเกิดอาการเหล่านี้จำเป็นต้องดูแลระบบทางเดินหายใจให้โล่ง และให้ออกซิเจนตามความจำเป็น

4. ประเมินอาการการแพ้สารทึบรังสี เช่น อาการคันตามผิวหนังมีผื่นแดง และอาการคลื่นไส้อาเจียน

5. ประเมินชีพจรตำของขาทั้งสองข้าง dorsallis pedis และ posterior tibial เพื่อป้องกันภาวะขาดเลือดโดยเปรียบเทียบกับระยะก่อนสวนหัวใจและประเมินบริเวณปลายเท้า ต้องไม่ซีด ไม่เย็น ไม่มีอาการปวด ชา เล็บมีสีชมพูปกติไม่มีสีเขียวคล้ำหากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที

6. ประเมินบริเวณตำแหน่งที่ใส่สายสวนหัวใจว่ามีความผิดปกติหรือไม่ หากมีเลือดออกจำเป็นต้องรายงานให้กุมารแพทย์ทราบ

7. อธิบายให้ผู้ป่วย/ผู้ปกครองแนวทางการดูแล

ผู้ป่วย เรื่องห้ามงอขาข้างที่ใส่สายสวนอย่างน้อย 6 ชั่วโมง สามารถนอนพลิกตะแคงตัวได้โดยไม่งอสะโพกและศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา

8. สรุปผลการรักษาบันทึกทางการพยาบาลเพื่อประสานงานส่งต่ออาการผู้ป่วยให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยที่รับดูแลผู้ป่วยหลังจากทำหัตถการต่อไป

โดยสรุป บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีรูรั่วระหว่างผนังกั้นหัวใจห้องบนโดยการสวนหัวใจเพื่อทดแทนการผ่าตัด เป็นการให้การพยาบาลที่ต้องอาศัยทักษะความเชี่ยวชาญพิเศษทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน ภายใต้การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาองค์ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ทักษะกระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ในระยะก่อนทำหัตถการสวนหัวใจ ระยะทำหัตถการสวนหัวใจ การช่วยเหลือผู้ป่วยรอบนอก (circulating nurse) และระยะหลังทำหัตถการสวนหัวใจ เพื่อกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยปฏิบัติการพยาบาลภายใต้หลักของจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมกับปัญหาเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการและมีร่างกายแข็งใกล้เคียงกับมาตรฐานสากล

References

1. Jaisomkorn A & Wangsawat T. Children with Congenital Heart disease in Primary Care Unit: A Continuing Care at Home (CCaH) Program and its Effects on Motivation, Hygiene Factors, as well as Satisfaction of Nurses. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2022; 9(1): 310-24 (in Thai)
2. Lawanna V. Guide to nursing patients with septum disease. Bangkok : Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University ; 2019 (in Thai)
3. Lawanna V & Prachusilpa G. A study of professional nurse's roles in the cardiac catheterization laboratory unit. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18 (supplement) : 94-102 (in Thai)
4. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Treatment of congenital heart disease by By Transctheter Intervention. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University ; 2024 (in Thai)
5. Chungsomprasong P, & Jaturachaidech C. Pediatric Cadiology Siriraj Hospital. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2017 (in Thai)
6. Koonwiang E, Nuntapoonsub S, & Khamphul W. Preoperative Care and Prevention of Complications in Pediatric Patients with Benign Congenital Heart Disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023 ;24(2) : 67-7 (in Thai)

ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดต่อสุขภาวะทางจิตสังคมในสตรี

The Impact of Addiction on Psychosocial Issues in Women

ศุภักษร ธิกา* อังศินันท์ อินทรกำแหง นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์
Supaksorn Thika* Ungsinun Intarakamhang Nanchatsan Sakunpong
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10110
Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand, 10110

บทคัดย่อ

การใช้ยาเสพติดมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของทุกเพศทุกวัย แต่ผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับปัญหานี้มีผลกระทบเฉพาะเป็นพิเศษ ในปัจจุบัน การเสพติดยาในผู้หญิงมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปร่างจากการใช้ยาเสพติดในระยะยาว ความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคทางเพศ เนื่องจากพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดยาเสพติด และมีผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความเศร้า ความวิตกกังวล หรือความผิดปกติทางอารมณ์อื่น ๆ การรับมือกับความเจ็บปวดทางจิตใจหรือความกดดันทางสังคมอาจทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเริ่มใช้ยาเสพติดเพื่อรับมือ ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น การให้การรักษาและบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงที่มีปัญหาเสพติดเป็นสิ่งสำคัญ ควรพิจารณาถึงความต้องการทางเพศ เช่น การสร้างความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งการรักษาความลับและการปฏิบัติตามหลักการปลอดภัย ปัจจัยทางเพศมีบทบาทสำคัญในการให้การรักษาแก่ผู้หญิงที่มีปัญหาเสพติด ดังนั้น การเข้าใจถึงลักษณะเฉพาะของปัญหานี้เป็นสิ่งสำคัญ และโปรแกรมการรักษาควรจะถูกออกแบบให้เป็นการตอบสนองต่อความต้องการทางเพศของผู้หญิง ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้

คำสำคัญ : ผลกระทบ,ยาเสพติด,สุขภาวะทางจิต,ผู้หญิง

Abstract

The issue of substance abuse has significant implications for the health and quality of life of individuals of all genders and ages, but it particularly affects women. Currently, there is a notable increase in substance abuse among women, which significantly impacts their health and well-being. For instance, long-term substance abuse can lead to changes in physical appearance and increase the risk of sexually transmitted infections due to associated risky behaviors. Moreover, substance abuse has significant mental health implications for women, including depression, anxiety, and other mood disorders. Coping with psychological pain or societal pressure may lead some women to initiate substance use, further exacerbating mental health issues. Addressing psychological distress or social pressure through substance use may increase the risk of substance abuse and worsen mental health issues. Therefore, providing appropriate treatment and rehabilitation for women with substance abuse problems is crucial. It is essential to consider gender-specific needs, such as building confidence and self-assurance, as well as maintaining confidentiality and adhering to safety principles. Gender factors play a significant role in providing treatment for women with substance abuse

Corresponding Author: Supaksorn.thika@g.swu.ac.th

วันที่รับ (Received) 30 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 2 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 26 พ.ค. 2567

issues. Thus, understanding the specific nature of this problem is crucial, and treatment programs should be designed to respond to the sexual needs of women. This approach can help mitigate the impact of substance abuse and support women in their recovery journey.

Keyword : Impact , drug addiction, psychological health/issues, women

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องสำคัญที่ได้รับความสนใจทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม ยาเสพติดมีผลกระทบต่อสมองเป็นอย่างมาก เมื่อสารเหล่านี้เข้าสู่ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อสมองและระบบความพึงพอใจ ซึ่งส่งผลให้เกิดการติดยาเสพติดได้ในที่สุด[1] สำหรับประเทศไทย ยาเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคทางกายและจิต รวมถึงอุบัติเหตุและความรุนแรง[1,2] อีกทั้งยังเป็นสารตั้งต้นที่อาจใช้ก่อนจะนำไปสู่ยาเสพติดชนิดอื่นที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะยาเสพติดที่ผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ เช่น เมทเอมเฟตามีน กัญชา พืชกระท่อม เฮโรอีน เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมด้านอื่น ๆ รวมถึงประชาชนบางส่วนมองไม่เห็นความเสี่ยงที่มีอยู่จากการใช้ยาเสพติดและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มการใช้เพื่อความรื่นเริงมากขึ้น ปัญหายาเสพติดจึงไม่ใช่เพียงปัญหาระดับประเทศเท่านั้น แต่เป็นปัญหาระดับโลกที่แต่ละประเทศต่างมุ่งแก้ไขให้หมดสิ้นไป ปัญหายาเสพติดมีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม หรือสิ่งแวดล้อม การใช้ยาเสพติดก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพและทำลายความเป็นอยู่ที่ดี การตายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดหรือภาวะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน การฆ่าตัวตาย เอชไอวี หรือติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ[1,2] มีผลกระทบทางสุขภาพที่ชัดเจนจากการใช้ยาเสพติด ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับปัญหานี้ ในปัจจุบันความชุกของปัญหายาเสพติดในผู้หญิงได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การทำความเข้าใจขอบเขตของปัญหายาเสพติดในผู้หญิงจึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ อย่างครอบคลุม รวมทั้งอิทธิพลทางชีววิทยา จิตใจ และวัฒนธรรมทางสังคม ในทางชีววิทยาผู้หญิงอาจมีการตอบสนองต่อยาเสพติดที่แตกต่างจากผู้ชายเนื่องจากความแตกต่างทางสรีรวิทยา เช่น ความผันผวนของฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์[3] ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น การเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม ส่งผลต่อบทบาททางเพศ ความคาดหวังทางสังคม และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดรูปแบบการใช้ยาเสพติด[4] ปัจจัยที่เอื้อต่อความชุกของปัญหายาเสพติดในผู้หญิงนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคมและความคาดหวังทางเพศ ที่มักจะสร้างแรงกดดันเกินควรต่อผู้หญิง ซึ่งนำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล และความนับถือตนเองต่ำ เพื่อรับมือกับแรงกดดันเหล่านี้ ผู้หญิงบางคนมักมีแนวโน้มที่จะพึ่งพาการใช้ยาเสพติดเพื่อรับมือ รวมถึงผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะประสบกับความบอบช้ำทางจิตใจมากกว่าผู้ชาย จากการถูกล่วงละเมิดทางร่างกายหรือทางเพศ[5] ซึ่งประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศนำไปสู่การกระทบกระเทือนจิตใจ ทำให้ผู้หญิงบางคนมีแนวโน้มที่จะพึ่งพาการใช้ยาเสพติดเพื่อรับมือกับความเจ็บปวดทางอารมณ์[6] การศึกษาถึงผลกระทบของการใช้ยาเสพติดจึงช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจพื้นฐานของสตรีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาเสพติด มีองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและดูแลผู้มีปัญหาจากการใช้ยาเสพติดเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพและสังคมจากการใช้ยาเสพติด

ความชุกของการใช้สารเสพติดในเพศหญิง

การใช้ยาเสพติดของผู้หญิงทั่วโลกเพิ่มมากขึ้นในระยะเวลากว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในประชากรทั่วโลก ประชากรผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดมีเพิ่มขึ้นทั้งในจำนวนและสัดส่วน การใช้ยาเสพติดในประเทศกำลังพัฒนาก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะในนักเรียนและนักศึกษา โดยเฉพาะในผู้หญิงซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 83.4 ซึ่งมีความแตกต่างจากในอดีตที่พบว่าเพศชายมีสัดส่วนการใช้ที่มากกว่าเพศหญิง พบว่ามีการใช้สารเสพติดออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เพิ่มขึ้นและมีผลเสียต่อสุขภาพ[3] การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของชาวคอเคเชียนพบว่าความผิดปกติของการรับประทานอาหาร (Eating Disorder) มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ซึ่งมีการพบความชุกสูงในกลุ่มผู้หญิง[7]

การศึกษาจาก World Health Organization (WHO) และ Burden of Disease (GBD) เกี่ยวกับสาเหตุการตายที่มาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด[8] ในขณะเดียวกัน การศึกษาย้อนหลังของศูนย์วิจัยปัญหาสุราและยาเสพติดในช่วงปี 2558-2562 พบว่ามีอุบัติการณ์ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 อัตราการตาย: สาเหตุการตายจากโรคในการใช้สารเสพติด จำแนกตามเพศ ช่วงปี 2558 และ 2562 อ้างอิงจากแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดในประเทศไทย ปี 2558-2562

	2558			2562		
	Death in 1000 (uncertainty ranges)	% Of all deaths	CDR*	Death in 1000 (uncertainty ranges)	% Of all deaths	CDR*
โรคที่เกิดจากการเสพสารเสพติด						
ชาย	79 (74-82)	0.3	2.6	117 (108-122)	0.4	3.1
หญิง	26 (24-27)	0.1	0.8	51 (47-56)	0.2	1.4
รวม	105 (98-109)	0.2	1.7	168 (155-176)	0.3	2.3

จากตารางที่ 1.1 สาเหตุการตายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและเมื่อเทียบในช่วงปี 2558 กับปี 2562 ในขณะที่สาเหตุการตายจากการเสพสารเสพติดในเพศชายและหญิงนั้นสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หากพิจารณาเปรียบเทียบจำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศคดีพระราชบัญญัติยาเสพติด ผลสำรวจเดือนพฤศจิกายน2562 เดือนธันวาคม 2562 และเดือนมกราคม 2563 พบว่า จำนวนนักโทษหญิงคดียาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละเดือน ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศคดีพระราชบัญญัติยาเสพติด ผลสำรวจเดือนพฤศจิกายน 2562 เดือนธันวาคม 2562 และเดือนมกราคม 2563 อ้างอิงจาก กองยุทธศาสตร์และวางแผน กรมราชทัณฑ์ 2563

ทัณฑสถาน	จำนวนนักโทษหญิงคดียาเสพติด		
	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม
ทัณฑสถานบำบัดพิเศษหญิง	1,690	1,701	1,862
ทัณฑสถานหญิงชลบุรี	1,046	1,131	1,188
ทัณฑสถานหญิงนครราชสีมา	2,575	2,512	2,492

ในงานวิจัยที่ดำเนินการในประเทศแถบเอเชียพบว่ามีจำนวนผู้หญิงอายุ 18-44 ปีที่เข้าร่วมการสำรวจจำนวน 106,142 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2551 ถึง 2557 เพื่อศึกษาความแตกต่างในประชากรศาสตร์ การใช้สารเสพติด และการรักษาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่าผู้หญิงที่มีโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมีการใช้ยาเสพติดและความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้หญิงที่ไม่มีอาการเหล่านี้ จำนวนผู้หญิงที่มีปัญหาในการใช้ยาเสพติดและมีซึมเศร้าหรือวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 25 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงมาก[9] ผู้หญิงที่มีปัญหาในการใช้ยาเสพติดและมีอาการเหล่านี้ได้รับการรักษาด้านสุขภาพจิตและการใช้ยาเสพติด ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของจิตใจในไต้หวันจำนวน 18,327 คน พบว่าโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์บวกกับการสูบบุหรี่ตลอดชีวิตในสตรี[10] สำหรับประเทศไทย งานวิจัยเรื่อง “มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอในการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อสุขภาวะผู้หญิง” พบว่าร้อยละ 78.9 ของผู้หญิงที่ต้องขังเข้าคุกเป็นเพราะคดียาเสพติด และร้อยละ 32.5 มีสมาชิกในครอบครัวที่ใช้ยาเสพติด[11] ปัญหาการใช้ยาเสพติดในผู้หญิงมี

ความสำคัญและมีการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยทางชีวภาพ สังคม และบุคลากร ซึ่งมีผลต่อความเสี่ยงและพฤติกรรมการเสี่ยงต่อยาเสพติดในผู้หญิง การเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับปัญหานี้เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการและรักษา การรับรู้ถึงปัญหาทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนระบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้หญิงที่มีปัญหายาเสพติด

ผลกระทบของการใช้ยาเสพติดต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตในผู้หญิง การใช้ยาเสพติดในสตรีกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากผู้หญิงต้องเผชิญกับความท้าทายที่แตกต่างจากผู้ชาย ไม่เพียงแต่ที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตใจด้วย ผู้หญิงมักมีแนวโน้มที่จะมาทำการบำบัดการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ชาย แต่พวกเธอมักพบกับอุปสรรคต่าง ๆ เช่น การถูกตีตรา การเข้าถึงการดูแลที่จำกัด และการรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นในบทบาทของผู้ดูแล[12,13] อีกทั้งยังมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงจากคู่รักร่วม เพศก็มีส่วนในนี้ด้วย ทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการใช้สารเสพติด[14] เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเข้าใจว่าการใช้ยาเสพติดมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้หญิง แต่ละบุคคลอาจมีปัจจัยและสภาพความดันจากสังคม ความรุนแรงในเรื่องเพศ และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ทำให้มีรูปแบบการใช้ยาเสพติดที่แตกต่างกัน เช่น การใช้ยาเสพติดที่ผิดทางอาจทำให้เกิดปัญหาทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลดลง และทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง เพิ่มเติมยังส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมนผู้หญิง เช่น รอบเดือนไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดการมีประจำเดือน[15,16] การใช้ยาเสพติดยังเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคทางเพศ เพราะพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น การฉีดยา และการแพร่เชื้อในกระแสเลือด อย่างเช่น เอชไอวี/เอดส์ หรือไวรัสตับอักเสบซี การใช้ยาเสพติดยังสามารถทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น ตับ หัวใจ และปอด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ร้ายแรง เช่น โรคตับอักเสบหรือโรคหัวใจและหลอดเลือด[17] สรุปได้ว่า การใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบเสียต่อสุขภาพทางร่างกายของผู้หญิงและอาจมีผลต่อสุขภาพโดยรวมในระยะยาว ขณะเดียวกันการใช้ยาเสพติดก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้หญิงอย่างสำคัญ เพราะเมื่อเกิดความทุกข์ทางจิตใจขึ้น ผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดอาจมีความเสี่ยงในการเสื่อมสภาพจิตใจที่มีอยู่หรือเกิดอาการใหม่ เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือความผิดปกติทางอารมณ์[9] เกิดโรคจิตเภทหรือโรคจิตที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด[10] เข้าสู่การแยกตัวทางสังคมและความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดในครอบครัว ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวังได้[18]

การตีตราและการถูกเลือกปฏิบัติในผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติด ผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดอาจเผชิญกับการถูกตีตราและการถูกจำกัดในสิทธิและโอกาสต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้หญิง เชื่อมโยงกับการมองผ่านเลนส์ของความเคารพทางสังคมและความเชื่อทางศาสนา ทำให้มีการสันนิษฐานเชิงลบและลดค่าของผู้หญิงในฐานะบุคคล แนวทางที่เกิดขึ้นนี้มาจากสิทธิและความสามารถของผู้หญิงที่ถูกจำกัด เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา โอกาสในการทำงาน และระบบสนับสนุนสังคม เกิดจากสิ่งแตกต่างอื่นๆ เช่น เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม หรือการมีส่วนร่วมในงานบริการทางเพศ สิ่งเหล่านี้สร้างความท้าทายที่มากขึ้นสำหรับผู้หญิง[19,20,21] ผลกระทบจากการถูกตีตราและจำกัดนี้ส่งผลต่อความสามารถของผู้หญิงในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการรับรู้ทางสังคมที่เป็นลบ เพิ่มความยากลำบากในการขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ การเข้าถึงการรักษาที่ไม่เพียงพอ และเสี่ยงต่อการถูกตัดสินใจและการประณาม นอกจากนี้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอาจมีทัศนคติและการปฏิบัติภายในสถานพยาบาลที่ไม่เต็มใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลที่ไม่สมควร การพัฒนาแนวทางการบำบัดที่ครอบคลุมจะช่วยแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[22,23] โดยการเข้าใจประสบการณ์ของผู้หญิงเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด โดยการระมัดระวังถึงบรรทัดฐานทางเพศและความคาดหวังทางสังคม ซึ่งรวมถึงการทำความเข้าใจว่าโครงสร้างอำนาจของชายเป็นใหญ่ และมีส่วนทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติที่แตกต่าง นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ที่เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุม และการเสริมสร้างสิทธิ์ในการเข้าถึงศูนย์บำบัดการติดยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงที่ผู้หญิงเหล่านี้จะเผชิญในด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ[24,25,26,27]

แนวทางการลดผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติด ผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดต้องเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ และจำเป็นต้องมีการรักษาและดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถฟื้นฟูจากสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม การเข้าใจความต้องการของผู้หญิงกลุ่มนี้เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ปัจจัยที่แตกต่างกันเช่น ทางชีววิทยา สังคม วัฒนธรรม และประสบการณ์ชีวิตที่เฉพาะเจาะจง มีส่วนสำคัญในการทำให้การใช้ยาเสพติดของผู้หญิง

เป็นเรื่องซับซ้อน ในแง่สรีรวิทยา ผู้หญิงอาจตอบสนองต่างกันต่อสารต่าง ๆ อาจมีการผันผวนของฮอร์โมน[28] การตีตราทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดมักส่งผลต่อผู้หญิงอย่างมาก ทำให้มีบาดแผลทางใจ สร้างปัญหาที่แท้จริงต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ การเข้าใจถึงปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[29,30]

ข้อควรพิจารณาสำหรับผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติด

1. ความต้องการเฉพาะทางเพศ: การให้คำปรึกษาและการดูแลควรจะคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล เช่น การให้คำแนะนำในด้านการดูแลสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนในการดูแลเด็ก เพื่อช่วยลดความกังวลของผู้หญิงที่มาเข้ารับการรักษา

2. การสร้างความมั่นใจและความนับถือตนเอง: การให้คำปรึกษาและกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนควรมุ่งเน้นในการเสริมความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้หญิง โดยการกำหนดเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณค่าและความมั่นใจ และส่งเสริมทักษะชีวิตที่จำเป็น

3. ความปลอดภัยและการรักษาความลับ: การรักษาความลับและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยมีความสำคัญสำหรับผู้หญิงที่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้ให้การรักษาควรมีมาตรการเพื่อให้ความมั่นใจและสบายใจในการแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคล

การดูแลและการรักษาที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมแง่มุมต่าง ๆ ของชีวิตผู้หญิง ไม่เฉพาะในด้านสุขภาพร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสุขภาพจิต อารมณ์ และสังคมด้วย การปรับแก้แผนการรักษาให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ ความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร[31,32] การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การฝึกอาชีพ ความช่วยเหลือด้านการดูแลเด็ก การสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม การให้การดูแลอย่างครอบคลุมเริ่มต้นด้วยการเข้าใจถึงความแตกต่างของผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับการบำบัดฟื้นฟู การปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคลจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้หญิงในระหว่างการฟื้นฟูจากการใช้ยาเสพติด การคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนให้ผู้หญิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้หญิงได้ในที่สุด[33,34]

สรุป ปัญหาการใช้ยาเสพติดในผู้หญิงเป็นเรื่องสำคัญที่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากผู้หญิงต้องเผชิญกับความท้าทายที่แตกต่างจากผู้ชาย ทั้งในด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้หญิง การใช้ยาเสพติดส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของผู้หญิงอย่างชัดเจน โดยมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ดังนั้น เพื่อลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด ควรพิจารณาถึงความต้องการเฉพาะทางเพศ และสร้างความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองของผู้หญิง ปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อการบำบัดฟื้นฟูจากยาเสพติดสำหรับผู้หญิง และช่วยให้ผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

References

1. Ronzitti S, Loree AM, Potenza MN, Decker SE, Wilson SM, Abel EA, et al. Gender differences in suicide and self-directed violence risk among veterans with post-traumatic stress and substance use disorders. Women's health issues. 2019;29:S94-02.
2. Whittle HJ, Sheira LA, Frongillo EA, Palar K, Cohen J, Merenstein D, et al. Longitudinal associations between food insecurity and substance use in a cohort of women with or at risk for HIV in the United States. Addiction. 2019;114(1): 127-36.
3. Martin CE, Scialli A, Terplan M. Unmet substance use disorder treatment need among reproductive age women. Drug and alcohol dependence. 2020;206(1):176-9.
4. Mavura RA, Nyaki AY, Leyaro BJ, Mamseri R, George J, Ngocho JS, et al. Prevalence of substance use and associated factors among secondary school adolescents in Kilimanjaro region, northern Tanzania. PLoS one. 2022;17(9):e0274102.

5. Johnstone S, Dela Cruz GA, Kalb N, Tyagi SV, Potenza MN, George TP, et al. A systematic review of gender-responsive and integrated substance use disorder treatment programs for women with co-occurring disorders. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2023;49(1):21-42.
6. Aguocha CM, Nwefoh E. Prevalence and correlates of substance use among undergraduates in a developing country. African health sciences. 2021;21(2):875-83.
7. Bahji A, Mazhar MN, Hudson CC, Nadkarni P, MacNeil BA, & Hawken E. Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry research. 2019;273(2):58-66.
8. UNODC. Global Overview Drug Demand Drug Supply. UNODC report. 2022;23:80-100.
9. Zhou J, Ko JY, Haight SC, & Tong VT. Treatment of substance use disorders among women of reproductive age by depression and anxiety disorder status, 2008–2014. Journal of Women's Health. 2019;28(8):1068-76.
10. Wang SH, Lai RY, Lee YC, Su MH, Chen CY, Hsiao PC, et al. Association between polygenic liability for schizophrenia and substance involvement: A nationwide population-based study in Taiwan. Genes, Brain and Behavior. 2020;19(5):e12639.
11. Atchawanitchakun K. Looking through the lens of gender and diversity: proposals for developing strategies for women's health. n.1ed: Sexuality Studies Association.; 2017.
12. Meyer JP, Isaacs K, El-Shahawy O, Burlew AK, & Wechsberg W. Research on women with substance use disorders: Reviewing progress and developing a research and implementation roadmap. Drug and alcohol dependence. 2019.
13. Fernandez ME, Ruiter RAC, Markham CM, & Kok G. Intervention Mapping: Theory-and Evidence-Based Health Promotion Program Planning: Perspective and Examples. Frontiers in Public Health. 2019;7(209):110-72.
14. Thurston RC, Chang Y, Matthews KA, Von Känel R, & Koenen K. Association of sexual harassment and sexual assault with midlife women's mental and physical health. Journal of the American Medical Association Internal Medicine. 2019;179(1):48-53.
15. NIDA. Substance Use in Women Drug Facts. NIDA Case Research Journal. 2023;112(1):42-5.
16. Sermsai P, & Wongpanarak N. Factors Predicting Prevention Behaviors of Amphetamine Relapse in People with Amphetamine Dependence in Rehabilitation: Mahasarakham University; 2023. (in Thai)
17. Deren S, Cortes T, Dickson VV, Guilamo-Ramos V, Han BH, Karpiak S, et al. Substance use among older people living with HIV: Challenges for health care providers. Frontiers in public health. 2019;7(2):94-103. (in Thai)
18. Kaló Z. Women Who Use Drugs and Mental Health. In: Buxton J, Margo G, Burger L, editors. The Impact of Global Drug Policy on Women: Shifting the Needle: Emerald Publishing Limited; 2020.
19. Jan W. de Lind van Wiljngaarden KF. The study explores the various forms of stigma and discrimination experienced by transgender women, often resulting in violence and abuse, and barriers to accessing employment, education, health care and other social services. bangkok: United Nations Development Programme; 2020.

20. Matsumoto A, Santelices C, & Lincoln AK. Perceived stigma, discrimination and mental health among women in publicly funded substance abuse treatment. Stigma and Health. 2021; 6(2):151-66.
21. Murney MA, Sapag JC, Bobbili SJ, & Khenti A. Stigma and discrimination related to mental health and substance use issues in primary health care in Toronto, Canada: A qualitative study. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being. 2020;15(1): 174-86.
22. Fraser S, editor Beyond disease: Responding to accounts of 'addiction'-related stigma and discrimination. Drug and Alcohol review; 2016: WILEY 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA.
23. Vu M, Li J, Haardörfer R, Windle M, & Berg CJ. Mental health and substance use among women and men at the intersections of identities and experiences of discrimination: Insights from the intersectionality framework. BioMed Central public health. 2019;19(1):1-13.
24. Lee N, Boeri M. Managing Stigma: Women Drug Users and Recovery Services. Fusio. 2017; 1(2):65-94.
25. Nichols TR, Welborn A, Gringle MR, & Lee A. Social stigma and perinatal substance use services: Recognizing the power of the good mother ideal. Contemporary Drug Problems. 2021; 48(1):19-37.
26. Nieweglowski K, Dubke R, Mulfinger N, Sheehan L, & Corrigan PW. Understanding the factor structure of the public stigma of substance use disorder. Addiction research & theory. 2019;27(2):156-61.
27. Wogen J, & Restrepo MT. Human rights, stigma, and substance use. Health and human rights. 2020;22(1):51-68.
28. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, & Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. Alcohol/Drug Screening and Brief Intervention. 2023;44:7-30.
29. Miller WR, Forcehimes AA, & Zweben A. Treating addiction: A guide for professionals: Guilford Publications; 2019.
30. Simon R, Snow R, & Wakeman S. Understanding why patients with substance use disorders leave the hospital against medical advice: a qualitative study. Substance abuse. 2020; 41(4):519-25.
31. Mofenson LM, Pozniak AL, Wambui J, Raizes E, Ciaranello A, Clayden P, et al. Optimizing responses to drug safety signals in pregnancy: the example of dolutegravir and neural tube defects. Journal of the International AIDS Society. 2019;22(7):e25352.
32. Skewes MC, & Blume AW. Understanding the link between racial trauma and substance use among American Indians. American Psychologist. 2019;74(1):88-110.
33. Hickie IB, Scott EM, Cross SP, Iorfino F, Davenport TA, Guastella AJ, et al. Right care, first time: a highly personalised and measurement-based care model to manage youth mental health. Medical Journal of Australia. 2019;211:S3-46.
34. Young S, Adamo N, Ásgeirsdóttir BB, Branney P, Beckett M, Colley W, et al. Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. BioMed Central psychiatry. 2020; 20(1):1-27.

คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ภัยเงียบของคนทำงานในโลกยุคดิจิทัล หลังการแพร่ระบาดของโควิด 19

Computer Vision Syndrome: The Silent Threat to Working Individuals in the Digital Era Post-COVID-19 Pandemic

ธนชาต ฟักสอาด* สุนทร ศุภพงษ์
Thanachart Fagsaard* Soontorn Supapong
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330
Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, 10330

บทคัดย่อ

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้ผู้คนมีการทำงานจากที่บ้านและมีความจำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานมากขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (Computer Vision Syndrome: CVS) ขึ้นตามมาได้

คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมจัดเป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับดวงตาและการมองเห็นซึ่งเกิดจากการใช้สายตามองหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานาน โดยมีอาการทางตาที่พบได้บ่อย คือ อาการตาแห้ง ระคายเคืองตา หรือปวดตา และมีอาการที่พบได้บ่อยนอกจากอาการทางตาแล้ว คือ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ซึ่งเป็นอาการนำที่สำคัญ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการเหล่านี้ได้ง่ายยิ่งขึ้น ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศหญิง อายุที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น มุมมองและระยะห่างจากหน้าจอ แสงจ้าหรือแสงสะท้อนกับหน้าจอ และปัจจัยอื่น ๆ เช่น อุณหภูมิที่สูง ความชื้นในอากาศที่ต่ำ และการสวมใส่คอนแทคเลนส์ เป็นต้น สำหรับแนวทางการป้องกันที่พบว่ามีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน คือ ให้มีการพักสายตาเป็นระยะ เมื่อต้องใช้งานคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการใช้งานคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานานนี้ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นสิ่งที่ผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์เป็นประจำทุกคนควรรู้ เพื่อที่จะเฝ้าระวังอาการของตนเอง ตลอดจนป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ และแก้ไขที่ตัวบุคคล คือ สร้างนิสัยให้มีการพักสายตาเป็นระยะ จะช่วยป้องกันการเกิดคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมได้

คำสำคัญ: คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม, โควิด-19, คนทำงาน

Abstract

During the COVID-19 pandemic, people have increasingly worked from home and spending a lot of time on computers. This can lead to Computer Vision Syndrome (CVS).

CVS encompasses a range of abnormal eye and vision-related symptoms resulting from prolonged use of computers, including dry eyes, eye irritation, or eye strain, as well as common accompanying symptoms such as headaches and dizziness. Various risk factors contribute to the likelihood of experiencing these symptoms, including personal factors like gender and age, environmental factors like viewing angle and distance

Corresponding Author: *Email: tfagsaard.om@gmail.com

วันที่รับ (received) 12 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 เม.ย. 2567

from the screen, lighting conditions, temperature, humidity, and contact lens wear. The most effective and widely accepted prevention measure currently is to take regular breaks when using computers continuously for prolonged periods.

Understanding the health impacts and related factors of prolonged computer use is essential for all computer users to monitor their own symptoms, mitigate various risk factors, and adopt personal habits such as taking regular breaks to prevent the onset of Computer Vision Syndrome.

Keyword: Computer vision syndrome, COVID-19, Working individuals

บทนำ

จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เริ่มมาตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2562 และยังคงดำเนินต่อมาจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลากว่า 4 ปี แล้วนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในกิจวัตรการทำงานของมนุษย์หลังการเปลี่ยนผ่านสู่โลกยุคดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 ซึ่งส่งผลต่อคนทำงานในปัจจุบันอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดลักษณะการทำงานระยะไกลหรือการทำงานจากที่บ้านเพิ่มมากขึ้น[1] ส่งผลให้คนทำงานโดยเฉพาะคนที่ทำงานในสำนักงาน มีโอกาสสัมผัสกับหน้าจอคอมพิวเตอร์หรือหน้าจอของอุปกรณ์ดิจิทัลชนิดต่าง ๆ เป็นระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นอย่างมาก[2] ซึ่งอาจทำให้เกิดกลุ่มอาการทางตาและการมองเห็นที่เรียกว่า คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (Computer Vision Syndrome: CVS) โดยมีอาการที่พบได้บ่อย[3] เช่น อาการปวดตา ระคายเคืองตา น้ำตาไหลมาก ตาแห้ง และปวดศีรษะ เป็นต้น ทั้งยังมีข้อมูลจากการศึกษาของ National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) สหรัฐอเมริกา ระบุว่ามีคนประมาณร้อยละ 90 ที่จะเกิด CVS เมื่อใช้เวลาทำงานกับหน้าจอคอมพิวเตอร์มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน[4] ดังนั้นการทำความรู้จักกับ CVS และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตลอดจนรู้จักวิธีการป้องกันและดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจึงน่าจะเป็นประโยชน์ในการช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงานที่อาจเกิดขึ้นนี้ได้

ความหมายของคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม

สมาคมนักทัศนมาตรแห่งสหรัฐอเมริกา (American Optometric Association: AOA) ได้ให้คำจำกัดความของ CVS ไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับดวงตาและการมองเห็นซึ่งเกิดจากการใช้ตามองหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานาน รวมทั้งอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้งานคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานานด้วย[5]

ความชุกของการเกิดคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานล่าสุด[1] ที่ได้รวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการเกิด CVS ในผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นการแพร่ระบาดของ COVID-19 มาจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 2023 โดยพบว่ามีความชุกร่วมของการเกิด CVS เท่ากับร้อยละ 74 ซึ่งมีค่าเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้า[6] ที่พบว่าความชุกร่วมของการเกิด CVS ในผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ มีค่าอยู่ที่ร้อยละ 66

อาการของคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม

อาการของคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม สามารถแบ่งย่อยได้อีกเป็น 4 กลุ่ม[3] คือ

1. กลุ่มอาการตาล้า (Asthenopia) เช่น ปวดตา ตาล้า เจ็บตา เป็นต้น
2. กลุ่มอาการที่เกี่ยวกับผิวหน้าลูกตา (Ocular surface related) เช่น แสบตา ระคายเคืองตา ตาแดง น้ำตาไหลมากชั่วขณะ ตาแห้ง เป็นต้น
3. กลุ่มอาการที่เกี่ยวกับการมองเห็น (Visual) เช่น อาการตาพร่ามัว สายตาโฟกัสได้ช้าลง และมองเห็นภาพซ้อนได้ชั่วขณะ เป็นต้น
4. กลุ่มอาการภายนอกลูกตา (Extra-ocular symptoms) เช่น ปวดศีรษะ ปวดต้นคอ ปวดไหล่ และปวดหลัง เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม

พยาธิสรีรวิทยาของ CVS เกิดขึ้นได้จาก 3 กลไก[5,7] ประกอบด้วย

1. กลไกการปรับโฟกัสของเลนส์ตา (Accommodative mechanism)

เกิดจากการมองวัตถุหรือภาพในระยะใกล้ให้ชัดเจน นั้นต้องมีกระบวนการปรับตัวของเลนส์ตา (accommodation) โดยการใช้กล้ามเนื้อยึดเลนส์ (ciliary muscle) หดเกร็ง เพื่อทำให้เส้นเอ็นที่ยึดกับเลนส์ตา (suspensory ligament) หย่อนลง ส่งผลให้เลนส์ตามีความโค้งนูนมากขึ้น มนุษย์จึงมองวัตถุในระยะใกล้ ได้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นการมองวัตถุหรือภาพในระยะใกล้ เช่น การจ้องมองหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จะทำให้กล้ามเนื้อยึดเลนส์ต้องหดเกร็งอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ และทำให้เกิดการทำงานที่ผิดปกติ (accommodative dysfunction) โดยอาการที่มักจะเกิดขึ้นตามมา คือ ปวดตา ตาล้า ตาโฟกัสภาพได้ช้าลง ตาพร่ามัว และอาจรุนแรงถึงขึ้นมองเห็นเป็นภาพซ้อนได้ชั่วขณะ

2. กลไกที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของชั้นผิวหน้าลูกตา (Ocular surface mechanism)

การเปลี่ยนแปลงของชั้นผิวหน้าลูกตานั้นทำให้เกิดการเสียความสมดุลในชั้นน้ำตา (loss of homeostasis of tear film) ส่งผลทำให้เกิดอาการตาแห้งขึ้น ซึ่งเกิดได้จาก 2 สาเหตุหลัก ๆ คือ มีการผลิตน้ำตาจากต่อมน้ำตาที่ลดลง (decreased tear production) และมีการระเหยออกของน้ำตาที่เพิ่มมากขึ้น (Increased evaporation of tear film) และมีคำอธิบายที่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการใช้งานหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานานจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชั้นผิวหน้าลูกตาและเกิดการเสียความสมดุลในชั้นน้ำตา คือ การที่มนุษย์ต้องใช้สายตาจดจ่ออยู่กับหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระพริบตาลดลงโดยอัตโนมัติ (decrease blinking reflex) และในระยะยาวยังสามารถทำให้ต่อมไขมันที่เปลือกตาทำงานผิดปกติไป (Meibomian Gland Dysfunction: MGD) ไม่สามารถผลิตองค์ประกอบที่เป็นไขมันมาเคลือบบริเวณผิวหน้าของลูกตาได้ ส่งผลทำให้เกิดการระเหยออกขององค์ประกอบที่เป็นน้ำในชั้นน้ำตาเพิ่มมากขึ้น โดยอาการที่จะเกิดขึ้นตามมา คือ อาการของโรคตาแห้ง ได้แก่ แสบตา ระคายเคืองตา ตาแดง ในช่วงแรกอาจมีน้ำตาไหลมากได้ชั่วขณะแต่สุดท้ายตาจะแห้งและรู้สึกเหมือนมีสิ่งแปลกปลอมในตา

3. กลไกภายนอกลูกตา (Extra-ocular mechanism)

เป็นที่ทราบกันดีว่าการนั่งหรือยืนทำงานในท่าที่ไม่เหมาะสม (awkward posture) เป็นระยะเวลานาน หรือการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อบริเวณใดบริเวณหนึ่งในรูปแบบซ้ำ ๆ (repetitive movement) สามารถก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บหรือความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างได้ ซึ่งส่วนใหญ่คนทำงานสำนักงานหรือคนที่นั่งทำงานกับหน้าจอคอมพิวเตอร์ มักจะมีท่าทางการนั่งที่ไม่เหมาะสมร่วมกับการนั่งอยู่กับที่นาน (static posture) จึงทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อบริเวณคอ ไหล่ และหลังได้

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิด CVS สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล กับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและการทำงาน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 อายุ

จากการศึกษา[3,5,8,9] พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด CVS เนื่องจากต่อมน้ำตา (lacrimal gland) ของมนุษย์จะทำงานผลิตน้ำตาได้ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่ออายุเกิน 40 ปี ขึ้นไป[10]

1.2 เพศ

จากการศึกษา[3,5,8,9] พบว่าเพศหญิงจะมีความชุกของการเกิด CVS มากกว่าเพศชาย และพบว่าเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการตาแห้งได้มากกว่าผู้ชายประมาณ 2 เท่า[11]

1.3 ฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลง

มีการศึกษาพบว่าผู้หญิงวัยหมดระดูจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการตาแห้งเพิ่มมากขึ้น[12] เนื่องจากระดับฮอร์โมนเพศที่ลดลง โดยเฉพาะฮอร์โมนแอนโดรเจนที่มีผลต่อการทำงานของต่อมไขมันที่เปลือกตา และทำให้ต่อมน้ำตา (lacrimal gland) ผลิตน้ำตาได้ลดลง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียสมดุลของชั้นฟิล์มน้ำตา จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิด CVS มากขึ้น

1.4 โรคประจำตัว

พบว่ามีโรคหรือกลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์กับอาการตาแห้ง[9] ได้แก่ กลุ่มอาการโจเกรน โรคข้ออักเสบรูมา

ตอยด์ และโรคเกี่ยวกับออโตอิมมูนอื่น ๆ รวมทั้งภาวะที่ร่างกายขาดวิตามินเอ เนื่องจากโรคและกลุ่มอาการเหล่านี้จะส่งผลให้การผลิตน้ำตาจากต่อมน้ำตาลดลง

1.5 ยาที่ใช้เป็นประจำ

ยาหลายชนิดมีผลข้างเคียงสามารถทำให้เกิดอาการตาแห้งได้[13] เช่น กลุ่มยาต้านฮิสทามีน กลุ่มยาต้านโคลิเนอร์จิก กลุ่มยาต้านเศร้า กลุ่มยาขับปัสสาวะ และยารักษาสิวที่เป็นอนุพันธ์ของกรดวิตามินเอ เนื่องจากยาเหล่านี้จะมีผลทำให้การผลิตน้ำตาจากต่อมน้ำตาลดลง ดังนั้นผู้ที่รับประทานยาเหล่านี้อยู่เป็นประจำ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิด CVS ได้มากขึ้น

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและการทำงาน

2.1 ระยะเวลาทำงาน มุมมองกับหน้าจอ และระยะห่างระหว่างสายตากับหน้าจอ[3,5,8]

ระยะเวลาการทำงานกับหน้าจอคอมพิวเตอร์ที่ยาวนาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่จะทำให้เกิด CVS ได้ โดยเฉพาะระยะเวลาการทำงานที่นานเกินกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน[4] เนื่องจากในขณะที่คนทำงานกับหน้าจอคอมพิวเตอร์นั้น มักจะมีความจดจ่ออยู่กับงานและทำให้อัตราการกระพริบตาลดน้อยลงโดยอัตโนมัติ ส่งผลให้มีระยะเวลาที่ผิวหน้าลูกตาต้องสัมผัสกับอากาศโดยรอบเพิ่มขึ้น ประกอบกับปัจจัยเรื่องมุมมองของสายตากับหน้าจอ ถ้าระดับหน้าจอสูงกว่าระดับสายตาปกติ ผู้ใช้งานจะต้องพยายามเปิดเปลือกตาบนมากขึ้น ทำให้มีพื้นที่ผิวสัมผัสของชั้นน้ำตากับอากาศโดยรอบมากขึ้นตามไปด้วย น้ำที่หล่อเลี้ยงผิวหน้าลูกตาจึงถูกระเหยออกสู่อากาศโดยรอบมากขึ้น จนเกิดอาการตาแห้งได้ในที่สุด อีกทั้งการใช้ตามองหน้าจอในระยะใกล้จนเกินไป โดยเฉพาะระยะที่น้อยกว่า 1 ช่วงแขน หรือประมาณ 66 เซนติเมตร[3] จะส่งผลให้มีอาการปวดตาได้มากกว่าการมองหน้าจอในระยะที่ไกลกว่า เนื่องจากกล้ามเนื้อยึดเลนส์ต้องหดเกร็งตลอดเวลาเพื่อให้สายตาโฟกัสกับหน้าจอที่อยู่ในระยะใกล้

2.2 คุณภาพหน้าจอแสดงผลของคอมพิวเตอร์[3,5]

คุณภาพหน้าจอแสดงผลของคอมพิวเตอร์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสมรรถภาพการมองเห็นของคนทำงานทั้งในด้านการเห็นภาพ แสง สี และการอ่านตัวอักษร โดยคุณภาพของหน้าจอแสดงผลจะขึ้นอยู่กับประเภทของหน้าจอ ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันจะมีหน้าจอคอมพิวเตอร์อยู่ 3 ประเภทหลัก ๆ คือ หน้าจอแบบ Cathode ray tube monitor (CRT) ซึ่งปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมใช้แล้วเนื่องจากมีคุณภาพการแสดงผลต่ำ จึงมีหน้าจออีกสองประเภทที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ได้แก่ หน้าจอแบบ Liquid crystal display (LCD) และแบบ Light emitting diode (LED) ซึ่งมีคุณภาพที่ดีกว่าเดิมมาก จึงเป็นที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบัน โดยองค์ประกอบสำคัญที่จะมีผลต่อคุณภาพหน้าจอ คือ ค่าความละเอียดของหน้าจอ (screen resolution) ค่ารีเฟรชเรท (refresh rate) และเฉดสี ทั้งนี้คุณภาพการมองเห็นของผู้ใช้งานจะขึ้นอยู่กับขนาดของหน้าจอ และระยะห่างจากหน้าจอด้วย ถ้าหากคุณภาพของหน้าจอไม่ดีก็จะมีผลให้ผู้ใช้งานต้องใช้ความพยายามในการมองภาพหรืออ่านตัวอักษรมากขึ้น เกิดความไม่สบายตา และเสี่ยงต่อการเกิด CVS มากขึ้น[14] นอกจากนี้ยังมีสมมติฐานที่กล่าวถึงแสงสีฟ้า (blue light) ที่ออกมาจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ว่าอาจก่อให้เกิดอาการตาล้าได้ แต่ประโยชน์จากการใช้แว่นตัดแสงหรือกรองแสงสีฟ้านั้นอาจยังไม่มีผลชัดเจนในการป้องกันการเกิด CVS[15]

2.3 แสง

แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม และการมีแสงจ้าหรือแสงสะท้อนบนหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิด CVS[3,5,14,16]

2.3.1 แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม

แสงสว่างที่เหมาะสมในจุดที่นั่งทำงาน ควรจะมีความสมดุลกับความสว่างของหน้าจอคอมพิวเตอร์ หากหน้าจอคอมพิวเตอร์มีความสว่างที่มากเกินไปหรือมีแสงสว่างจากบริเวณโดยรอบที่ไม่เพียงพอ ล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดความไม่สบายตาได้

2.3.2 แสงจ้าหรือแสงสะท้อนบนหน้าจอ

ในกรณีที่ความสว่างของหน้าจอคอมพิวเตอร์มีมากเกินไป หรือมีแสงจ้า (glare) มาจากแหล่งกำเนิดแสงอื่น ๆ เช่น โคมไฟ ไฟจากเพดาน หรือแสงอาทิตย์ที่ส่องผ่านเข้ามาทางหน้าต่าง และทำให้เกิดแสงสะท้อน (reflection) ขึ้นบนหน้าจอ สามารถก่อให้เกิดความไม่สบายตาในขณะที่ใช้งานคอมพิวเตอร์ได้เช่นเดียวกับกรณีที่มีแสงสว่างในบริเวณที่ทำงานไม่เหมาะสม

3. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

นอกเหนือจากปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ยังพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอีก ได้แก่

3.1 การใส่คอนแทคเลนส์

การใส่คอนแทคเลนส์ในระหว่างที่ใช้งานคอมพิวเตอร์จะมีโอกาสเกิดอาการระคายเคืองตาที่รุนแรง

ได้มากกว่า[9] เนื่องจากการใส่คอนแทคเลนส์แล้วจะรู้สึกสบายตาหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับน้ำหล่อเลี้ยงที่ผิวหน้าของลูกตาเพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างเลนส์กับกระจกตาและเปลือกตาด้านใน หากน้ำที่หล่อเลี้ยงนี้แห้งลง จากการที่ใช้สายตามองหน้าจอเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดแรงเสียดสีที่มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความไม่สบายขึ้นกับดวงตาได้[3]

3.2 มีประวัติการผ่าตัดแก้ไขสายตา

การผ่าตัดแก้ไขสายตาโดยเฉพาะการทำ Laser-assisted in situ keratomileusis หรือ LASIK นั้นพบว่ามีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้บ่อยมากที่สุด คือ อาการตาแห้ง[17] ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 95 โดยสาเหตุของการเกิดอาการตาแห้งหลังการทำ LASIK นั้น เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ทั้งการที่เส้นประสาทของกระจกตา และเซลล์ Goblet ของเยื่อบุตาถูกทำลาย รวมทั้งกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด[18] ซึ่งโดยทั่วไปแล้วอาการตาแห้งนั้น มักเกิดขึ้นไม่นานหลังการผ่าตัดแล้วจะค่อย ๆ ดีขึ้นได้เอง ดังนั้นผู้ที่ได้รับการทำ LASIK มาไม่นาน จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการตาแห้งได้รุนแรงมากขึ้น หากต้องทำงานกับหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานาน

3.3 อุณหภูมิที่สูงกับความชื้นในอากาศที่ต่ำและมีลมมาปะทะกับใบหน้าโดยตรง

อุณหภูมิที่สูง ความชื้นในอากาศที่ต่ำ โดยเฉพาะเมื่อมีความชื้นสัมพัทธ์ในอากาศต่ำกว่าร้อยละ 10 และการที่มีลมมาปะทะโดยตรงกับใบหน้า[19] ล้วนส่งผลให้น้ำตาซึ่งหล่อเลี้ยงอยู่ที่ผิวหน้าของลูกตาระเหยออกเร็วยิ่งขึ้น และส่งผลกระทบให้เกิดอาการตาแห้งได้ง่ายกว่าปกติ แต่ถ้าสถานที่ทำงานมีอุณหภูมิที่ต่ำจนเกินไป ก็อาจส่งผลต่อตาได้เช่นเดียวกัน อีกทั้งยังพบว่าอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร (Sick Building Syndrome: SBS)[20] ซึ่งอาจมีอาการทับซ้อนกับ CVS ได้อีกด้วย

3.4 การสวมหน้ากากอนามัย

หลังการแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้เกิดการบังคับสวมหน้ากากอนามัย โดยเฉพาะพื้นที่ภายในอาคาร ซึ่งการสวมหน้ากากแม้จะช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้ แต่ก็มีผลกระทบต่อสุขภาพดวงตาของผู้ที่สวมหน้ากากเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะการทำให้เกิดตาแห้ง[21] ซึ่งอธิบายได้จากการสวมหน้ากากที่ไม่แนบสนิทกับใบหน้า จะทำให้เกิดช่องอากาศให้ลมร้อนจากการหายใจออก พัดขึ้นมาผ่านผิวหน้าของลูกตาทำให้เกิดการระเหยของน้ำตาที่มากขึ้น ทั้งยังมีแรงกดรั้งจากการสวมหน้ากากที่ทำให้เปลือกตาด้านล่างเผยออกมากขึ้น และทำให้กระพริบตาได้ไม่ดีเท่าที่ควร

การวินิจฉัยคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบเกณฑ์การวินิจฉัย CVS ที่เป็น Gold standard มีเพียงความเห็นพ้องกันของผู้เชี่ยวชาญที่ส่วนใหญ่มักจะใช้การซักประวัติการทำงานและการตรวจร่างกาย แล้ววินิจฉัยจากการที่มีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการของ CVS ที่จะต้องเกิดขึ้นอย่างน้อยสองถึงสามครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป[22] รวมทั้งทำการวินิจฉัยแยกโรคที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ออกไปก่อนด้วย[23] และพบว่ามีการพัฒนาแบบทดสอบที่ชื่อ CVS-Q ซึ่งได้มีการตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อถือได้ เพื่อจะนำมาใช้ช่วยวินิจฉัย CVS ในที่ทำงาน โดยพบว่าแบบทดสอบนี้มีค่าความไวและความจำเพาะในการใช้วินิจฉัยเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของผู้เชี่ยวชาญก่อนหน้าเท่ากับร้อยละ 75.0 และ 70.2 ตามลำดับ[22]

แนวทางการรักษาและป้องกันการเกิดคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม

ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ ดังนี้

1. การดูแลรักษาดวงตาอย่างเหมาะสม ได้แก่

1.1 ตรวจวัดสายตาอย่างสม่ำเสมอ ในกรณีที่มีค่าการหักเหแสงของสายตาที่ผิดปกติหรือมีปัญหาตาเขซ่อนเร้น แนะนำให้เร่งแก้ไขสายตาที่ผิดปกติด้วยการตัดแว่นที่เฉพาะสำหรับการทำงานกับหน้าจอคอมพิวเตอร์ เนื่องจากทั้งสองความผิดปกตินี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด CVS เพิ่มขึ้นได้[23,24]

1.2 พักสายตาเป็นระยะในระหว่างที่ทำงาน โดยมีคำแนะนำจาก AOA ว่าควรมีการพักสายตาและเปลี่ยนอิริยาบถทุก ๆ 2 ชั่วโมง เป็นเวลาประมาณ 15 นาที ในกรณีที่ต้องทำงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อให้ดวงตาและกล้ามเนื้อส่วนอื่นๆของร่างกายได้ผ่อนคลาย รวมทั้งปรับเปลี่ยนการมองหน้าจอในระยะใกล้เป็นระยะไกลออกไปอย่างน้อย 20 ฟุต เป็นระยะเวลา 20 วินาที ทุก ๆ 20 นาที หรือเป็นกฎที่เรียกว่า 20-20-20 Rule[25] ซึ่งเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีการศึกษารูปแบบ randomized controlled trial (RCT) ที่ช่วยสนับสนุนว่าสามารถป้องกันอาการตาล้าและการมองเห็นที่ผิดปกติจากการทำงานกับหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานานได้[26]

1.3 พยายามกระพริบตาให้บ่อยขึ้น และหมั่นบริหารกล้ามเนื้อตาด้วยการทำ Blinking exercise โดยเริ่มจากหลับตาเบา ๆ 2 วินาที จากนั้นลืมตาขึ้นแล้วหลับตาเบา ๆ ใหม่อีกครั้ง 2 วินาที ตามด้วยการหลับตาให้แน่นสนิทอีก 2 วินาที จะช่วยบรรเทาอาการตาแห้งได้[27]

1.4 กรณีที่มีอาการตาแห้งจากความผิดปกติของต่อมไขมันที่เปลือกตา (MGD) ควรรักษาสุขอนามัยของเปลือกตาให้ดี และทำการประคบอุ่นก่อนทำการนวดเปลือกตา (Eyelid massage)[28]

1.5 หยอดน้ำตาเทียม โดยใช้ได้ทั้งประเภทสารละลายที่มีความหนืดสูง และขี้ผึ้งหรือเจล จะช่วยบรรเทาอาการตาแห้งได้[24]

1.6 รับประทานกรดไขมันชนิดโอเมก้า 3 เสริม ขนาด 3,000 มิลลิกรัมต่อวัน เฉพาะในคนที่ไม่มีข้อห้าม ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าจะช่วยลดอาการตาแห้งในผู้ใช้หน้าจอคอมพิวเตอร์ได้[29]

2. การจัดสถานีงานและปรับสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสม ได้แก่

2.1 AOA แนะนำตำแหน่งของหน้าจอคอมพิวเตอร์ (วัดจากจุดกึ่งกลางจอ) ที่เหมาะสมโดยให้มีระยะห่างจากตาของผู้ใช้งาน อย่างน้อย 20-28 นิ้ว (50-70 เซนติเมตร) และอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับสายตาปกติ 4-5 นิ้ว (10-13 เซนติเมตร) หรือเทียบเป็นมุมองศาที่กดลงประมาณ 15-20 องศา นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำจากสถาบันมาตรฐานระดับชาติและนานาชาติ30 อื่น ๆ เช่น Australian Standard (AS, 1990) แนะนำให้มีระยะห่าง 35-75 เซนติเมตร และมีมุมองศาที่กดลง 15-45 องศา และ International Standards Organization (ISO, 1992) แนะนำให้มีระยะห่างอย่างน้อย 40 เซนติเมตร ขึ้นกับขนาดของตัวอักษรบนหน้าจอ และมีมุมองศากดลงที่ดีที่สุด คือ ประมาณ 20-22 องศา

2.2 ปรับการนั่งทำงานให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์[7,23] โดย AOA แนะนำว่าเบาะนั่งควรมีความนุ่มสบาย โต๊ะเก้าอี้ควรปรับระดับความสูงให้เหมาะสมกับผู้ใช้งานได้ สามารถวางเท้าได้ราบกับพื้น มีที่พักแขน และมีพนักพิงหลังส่วนล่าง ส่วนท่าทางการนั่งทำงานที่เหมาะสม คือ ไม่นั่งเอนหรือก้มงอหลัง และไม่มีการบิดตัว เนื่องจากจะเกิดแรงกดไปที่กระดูกสันหลังมากยิ่งขึ้น[31] และจะทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

2.3 การปรับสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสม โดยเฉพาะเรื่องแสงสว่าง ซึ่งสำนักบริหารงานบริการทั่วไปสหรัฐอเมริกา (General Services Administration: GSA) ออกคำแนะนำให้มีค่าความเข้มของแสงสว่าง ณ จุดที่ทำงานกับหน้าจออยู่ที่ 50 footcandles (ประมาณ 500 Lux) และบริเวณโดยรอบจุดที่ทำงานอยู่ที่ 30 footcandles (ประมาณ 300 Lux) ส่วนสถาบันมาตรฐานแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (American National Standard Institute: ANSI) แนะนำให้มีค่าความเข้มของแสงสว่าง ณ จุดที่ทำงานกับหน้าจออยู่ที่ 30-100 footcandles (ประมาณ 300-1,000 Lux) ขึ้นอยู่กับค่าคอนทราสต์และขนาดของตัวอักษรบนหน้าจอ[32] รวมทั้งควบคุมคุณภาพอากาศภายในอาคาร ได้แก่ อุณหภูมิกับความชื้นสัมพัทธ์ให้พอเหมาะ และไม่ควรมีลมมาปะทะโดยตรงกับใบหน้า[19]

2.4 การใช้เลนส์ตัดแสงแสงสีฟ้า พบว่าอาจช่วยลดความเมื่อยล้าของสายตาได้[33] แต่การศึกษารูปแบบ RCT ล่าสุด กลับพบว่าการใช้เลนส์ตัดแสงสีฟ้านั้นไม่สามารถป้องกันการเกิด CVS ได้[34]

สรุป

คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนทำงาน และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นหลังการแพร่ระบาดของ COVID-19 คนทำงานที่ใช้คอมพิวเตอร์ทุกคนจึงควรทำความเข้าใจถึงสาเหตุ อาการแสดง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ รวมทั้งวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจากการศึกษานี้พบว่า แนวทางการป้องกันที่ได้ผลและควรนำไปประยุกต์ใช้ได้ คือ การดูแลรักษาดวงตาตนเองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการพักสายตาเป็นระยะตาม 20-20-20 Rule การทำ Blinking exercise และการใช้น้ำตาเทียมหรือการประคบอุ่นก่อนนวดเปลือกตาเมื่อมีอาการตาแห้งเกิดขึ้นแล้ว รวมถึงการจัดสถานีงานและปรับสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ ทั้งหมดนี้จะช่วยป้องกัน และบรรเทาผลกระทบจากทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลาที่ยาวนานได้

References

1. León-Figueroa DA, Barboza JJ, Siddiq A, Sah R, Valladares-Garrido MJ, Adhikari S, et al. Prevalence of computer vision syndrome during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. BioMed Central Public Health. 2024;24(640):1-12.
2. Khin YP, Matsuyama Y, Tabuchi T, & Fujiwara T. Association of visual display terminal usage with self-rated health and psychological distress among Japanese office workers during the COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(17):1-10.
3. Blehm C, Vishnu S, Khattak A, Mitra S, & Yee RW. Computer vision syndrome: A review. Survey of Ophthalmology. 2005;50(3):253–62.
4. Swartz NG. & Cohen MS. Tearing and the lacrimal system. In: Gault JA, editor. Ophthalmology Secrets. 5th ed. Amsterdam: Elsevier; 2022. p. 265-9.
5. Rosenfield M. Computer vision syndrome (a.k.a. digital eye strain). Optometry in Practice. 2016;17(1):1-10.
6. Anbesu EW, & Lema AK. Prevalence of computer vision syndrome: A systematic review and meta-analysis. Scientific Reports. 2023; 13(1801):1-9.
7. Loh K, Redd S. Understanding and preventing computer vision syndrome. Malaysian Family Physician. 2008;3(3):128-30.
8. Latkany R. Dry eyes: Etiology and management. Current Opinion in Ophthalmology. 2008; 19(4):287–91.
9. Prokopich C, Bitton E, Caffery B, Michaud L, Cunningham D, & Karpecki P. Screening, diagnosis and management of dry eye disease: Practical guidelines for Canadianoptometrists. Canadian Journal of Ophthalmology. 2014;76(1):1-31.
10. Uchino M. What we know about the epidemiology of dry eye disease in Japan. Investigative Ophthalmology & Visual Science. 2018;59(14): DES1-6.
11. Akpek EK, Amescua G, Farid M, Garcia-Ferrer FJ, Lin A, Rhee MK, et al. Dry eye syndrome preferred practice pattern®. Journal of Ophthalmology. 2019;126(1):286-334.
12. Javadi MA, & Feizi S. Dry eye syndrome. Journal of Ophthalmic and Vision Research. 2011;6(3):192-8.
13. Santaella RM, & Fraunfelder FW. Ocular adverse effects associated with systemic medications: Recognition and management. Drugs. 2007; 67(1):75-93.
14. Gowrisankaran S, & Sheedy JE. Computer vision syndrome: A review. Work. 2015;52(2):303-14.
15. Sheppard AL, & Wolffsohn JS. Digital eye strain: Prevalence, measurement and amelioration. British Medical Journal Open Ophthalmology. 2018;3:1-10.
16. Munshi S, Varghese A, & Dhar-Munshi S. Computer vision syndrome - A common cause of unexplained visual symptoms in the modern era. International Journal of Clinical Practice. 2017;71(7):1-12.
17. Yu EY, Leung A, Rao S, & Lam DS. Effect of laser in situ keratomileusis on tear stability. Journal of Ophthalmology. 2000;107(12):2131-5.
18. Shtein RM. Post-LASIK dry eye. Expert Review of Ophthalmology. 2011;6(5):575-82.

19. Wolkoff P. Ocular discomfort by environmental and personal risk factors altering the precorneal tear film. Toxicology Letters. 2010;199(3): 203-12.
20. Kannirun M, Surawattanasakul V, Rattananupong T, & Jiamjarasrangsi W. Prevalence and association of indoor environmental factors and sick building syndrome among workers of Army Medical Department Headquarter, Bangkok. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2023;23(3):197-205. (in Thai)
21. Boccardo L. Self-reported symptoms of mask-associated dry eye: A survey study of 3,605 people. Contact Lens and Anterior Eye. 2022;45(2):1-3.
22. del Mar Seguí M, Cabrero-García J, Crespo A, Verdú J, & Ronda E. A reliable and valid questionnaire was developed to measure computer vision syndrome at the workplace. Journal of Clinical Epidemiology. 2015;68(6): 662-73.
23. Alemayehu A, & Alemayehu MM. Pathophysiologic mechanisms of computer vision syndrome and its prevention. World Journal of Ophthalmology and Visual Research. 2019; 2(4):1-7.
24. Rosenfield M. Computer vision syndrome: A review of ocular causes and potential treatments. Ophthalmic and Physiological Optics. 2011;31(5):502-15.
25. Tribley J, McClain S, Karbasi A, & Kaldenberg J. Tips for computer vision syndrome relief and prevention. Work. 2011;39(1):85-7.
26. Alrasheed SH, & Alghamdi WM. Impact of an educational intervention using the 20/20/20 rule on computer vision syndrome. African Vision and Eye Health. 2020;79(1):1-6.
27. Kim A, Muntz A, Lee J, Wang M, & Craig J. Therapeutic benefits of blinking exercises in dry eye disease. Contact Lens and Anterior Eye. 2021;44(3):1-7.
28. Mehra D, & Galor A. Digital screen use and dry eye: A review. Asia Pacific Journal of Ophthalmology. 2020;9(6):491-7.
29. Bhargava R, Pandey K, Ranjan S, Mehta B, & Malik A. Omega-3 fatty acids supplements for dry eye - Are they effective or ineffective? Indian Journal of Ophthalmology. 2023;71(4): 1619-25.
30. Anshel J. Visual Ergonomics Handbook. CRC Press; 2005.
31. Sato K, Kikuchi S, & Yonezawa T. In vivo intradiscal pressure measurement in healthy individuals and in patients with ongoing back problems. Spine. 1999;24(23):2468-74.
32. Wiegand DM, Ramsey JG, Burr GA, & Choi J. Lighting, Indoor Environmental Quality Concerns, and Job Stress at a Call Center-California. California: National Institute for Occupational Safety and Health; 2013.
33. Ide T, Toda I, Miki E, & Tsubota K. Effect of blue light–reducing eye glasses on critical flicker frequency. Asia Pacific Journal of Ophthalmology. 2015;4(2):80-5.
34. Singh S, Downie LE, & Anderson AJ. Do blue-blocking lenses reduce eye strain from extended screen time? A double-masked randomized controlled trial. American Journal of Ophthalmology. 2021;226:243-51.

บทบาทพยาบาลเวชศาสตร์การบินในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ: กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร

Flight Nurse's Roles in Aeromedical Evacuation: A Case Study of Patients with Gastrointestinal Problems

ขวัญหทัย ช้างใหญ่ กิตติยา มหาวิริโยทัย*
Khwanhathai Changyai Kittiya Mahaviriyotai*
วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10220
Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Bangkok, Thailand 10220

บทคัดย่อ

ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาที่พบบ่อยทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม สาเหตุส่วนใหญ่นั้นเชื่อมโยงกับการบาดเจ็บและโรคเรื้อรัง เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารเผชิญกับสภาวะคุกคามต่อชีวิตย่อมส่งผลให้มีโอกาสเสียชีวิตสูง การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเป็นหนึ่งในภารกิจเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในยามปกติหรือยามฉุกเฉินให้ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพหรือเข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐานได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา ช่วยลดความรุนแรงของความเจ็บป่วยและลดอัตราการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงความกดดันบรรยากาศขณะลำเลียงอาจส่งผลกระทบโดยตรงต่ออวัยวะระบบทางเดินอาหารโดยส่งผลให้อาการที่เป็นอยู่ทวีความรุนแรงขึ้นหรืออาจเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หากไม่ได้รับการดูแลตามแนวทางที่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลเวชศาสตร์การบินผู้รับผิดชอบในภารกิจลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาการบิน ความเครียดจากการบินที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย การประเมินสภาพผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารทั้งก่อนและขณะลำเลียงทางอากาศเพื่อที่จะสามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรประยุกต์ศาสตร์ของการพยาบาลเวชศาสตร์การบินควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลกระทบจากความเครียดจากการบินซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดการลำเลียงทางอากาศ

คำสำคัญ: การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ, กรณีศึกษา, บทบาทพยาบาล, พยาบาลเวชศาสตร์การบิน, ระบบทางเดินอาหาร

Abstract

Gastrointestinal (GI) disorders can be found in both medical and surgical aspects and the primary causes are correlated to chronic diseases and injuries. When vulnerable GI patients experience life-threatening threats, there could be a high risk of fatality. Aeromedical evacuation is the transportation of patients in both normal and emergency situations, with the aim of transferring them to another facility or hospital to receive proper treatment. The transition of patients at the right time possibly reduces severity and decreases mortality rate. However, barometric pressure changes during the flight directly impact digestive organs, consequently leading to worse conditions and undesirable complications in case of ill treatment. To provide adequate care for GI patients, the flight nurses should be knowledgeable about aviation physiology, stresses

Corresponding Author: *Email: kittiya.mah@rtafnc.ac.th

วันที่รับ (Received) 3 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 ต.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 19 ต.ค. 2567

of flight, patient assessment, and care procedures before organizing the evacuation and during the flight. Practices of flight nurses should be implemented during aeromedical evacuation to prevent the effects caused by stresses of flight and provide good care along the flight

Keywords: Aeromedical evacuation, Case study, Nurse's roles, Flight nurse, Gastrointestinal system

บทนำ

ระบบทางเดินอาหารเป็นหนึ่งในระบบที่สำคัญของร่างกาย มีพื้นที่มากกว่าครึ่งหนึ่งของลำตัวภายในประกอบด้วยอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะ นอกจากนี้ยังมีแขนงหลอดเลือดจำนวนมากและมีหลอดเลือดแดงใหญ่พาดผ่านบริเวณกลางลำตัว ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยในทุกช่วงอายุซึ่งพบความผิดปกติได้ในอวัยวะที่แตกต่างกัน สาเหตุที่พบได้บ่อยคือปัญหาทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรม เช่น ลำไส้หรือกระเพาะอาหารอักเสบ ลำไส้แปรปรวน มะเร็งทางเดินอาหาร เลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะกระเพาะอาหารและลำไส้ยังไม่กลับคืนสู่การทำหน้าที่ภายหลังผ่าตัด หรือการรั่วของรอยต่อลำไส้ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย ท้องอืด จุกเสียดแน่น คลื่นไส้อาเจียน[1,2] หากผู้ป่วยได้รับการแก้ไขได้ทันท่วงทีอาการดังกล่าวจะทุเลาลงในทางตรงกันข้ามหากปัญหาเหล่านี้ทวีความรุนแรงมากขึ้นอาจสร้างความทุกข์ทรมานรบกวนคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ความดันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการหน้ามืดหรืออาจนำไปสู่การทำงานล้มเหลวของอวัยวะในช่องท้อง[3] การสูญเสียน้ำและอิเลกโทรไลต์อย่างรุนแรงอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพได้ นอกจากนี้การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น การกระแทกหรือการทะลุผ่านของวัตถุแหลมคมเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรง โดยเฉพาะการฉีกขาดของอวัยวะหรือหลอดเลือดแดงส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต ความดันโลหิตต่ำและเสียชีวิตในที่สุด[4] ดังนั้นปัญหาทางระบบทางเดินอาหารจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยอากาศยาน ภายใต้การดูแลรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์การบิน พยาบาลเวชศาสตร์การบิน และเจ้าหน้าที่ลำเลียงทางอากาศ[5] ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในภารกิจที่สำคัญในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารหรือพื้นที่ที่รถพยาบาลไม่สามารถเข้ารับผู้ป่วยได้ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้อากาศยานเข้าไปยังจุดเกิดเหตุและรับผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราทุพพลภาพและการเสียชีวิต[6] ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยานเฮลิคอปเตอร์หรือเครื่องบินนั้นถูกนำมาใช้ในหลายภารกิจเร่งด่วนในปัจจุบัน ปัจจุบันมีการยกระดับการแพทย์ฉุกเฉินโดยจัดให้มีระบบลำเลียงนำส่งทางอากาศ Sky doctor ของหลายหน่วยทั่วประเทศ ซึ่งเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาเนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและเพิ่มโอกาสรอดชีวิต[7] แม้ว่าการลำเลียงทางอากาศจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเข้ารับการบริการได้อย่างรวดเร็ว แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของความกดดันบรรยากาศและความเครียดจากการบินอาจส่งผลกระทบทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดลงได้โดยเฉพาะการลำเลียงผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงความกดดันบรรยากาศจะส่งผลให้ก๊าซขยายตัวและก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้ เช่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง จุกเสียดท้อง หากเป็นมากอาจถึงขั้นเป็นลมหมดสติ[8] นอกจากนี้ภายในช่องท้องยังเป็นศูนย์รวมของเส้นเลือดใหญ่และแขนงประสาทที่สำคัญเมื่อเกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุย่อมทำให้มีการตกเลือดจำนวนมากและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วทั้งนี้เนื่องจากในผู้ที่เสียเลือดจำนวนมากจะเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้ง่ายและยิ่งทำการบินขึ้นไปที่ระดับเพดานบินสูงอุณหภูมิจะยิ่งลดลงและกระตุ้นให้เกิดอุณหภูมิกายต่ำ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด นอกจากนี้การเสียเลือดจำนวนมากยังนำไปสู่การลดลงของฮีโมโกลบินในเลือดส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะทำการบิน โดยผู้ที่มีระดับฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่า 9 กรัมต่อเดซิลิตรต้องได้รับออกซิเจนบำบัดตลอดการลำเลียง[8] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบนอากาศยานนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความรู้หลักการของสรีรวิทยาการบินและความเครียดจากการบินเป็นอย่างดีเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วย

จะได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานและปลอดภัยตลอดการลำเลียง

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอองค์ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์การบินที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร การพิจารณาลำเลียงผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร การเตรียมการก่อนลำเลียงทางอากาศ ความเครียดจากการบินที่พึงเฝ้าระวังและการพยาบาลผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศ โดยยกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงความกดบรรยากาศและการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละปัญหาเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลเวชศาสตร์การบินหรือบุคลากรทางสุขภาพผู้ซึ่งต้องรับผิดชอบลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรลุเป้าหมายของการลำเลียงทางอากาศคือผู้ป่วยมีความปลอดภัยทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการดูแลรักษา ส่งต่อที่รวดเร็ว และถึงที่หมายโดยสวัสดิภาพ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารขณะลำเลียงทางอากาศ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นขณะบินขึ้นและบินลงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร สามารถอธิบายได้โดยหลักการของคุณสมบัติของก๊าซ[8] ได้แก่

1. กฎของ Boyle "ปริมาตรของก๊าซจะเปลี่ยนแปลงเป็นปฏิภาคกลับกับความกดดันของก๊าซนั้นเมื่ออุณหภูมิคงที่" P1/V1=P2/V2 เมื่อ P คือ ความดันของก๊าซ และ V คือ ปริมาตรของก๊าซ กฎของ Boyle's นี้นำมาใช้กับก๊าซในโพรงต่าง ๆ ในร่างกายของมนุษย์ เช่น หูชั้นกลาง กระเพาะอาหาร โพรงไซนัส ปอด เมื่อทำการบินสู่ระยะที่สูงขึ้น ความดันบรรยากาศจะลดลง ส่งผลให้ก๊าซในร่างกายจะมีปริมาตรที่เพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดอาการปวดหู ปวดไซนัส โดยเฉพาะผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารอาจเกิดอาการท้องอืด ปวดท้องได้ และหากปริมาตรในช่องท้องเพิ่มขึ้นอาจจะดันกระบังลมทำให้ปริมาตรในช่องอกลดลงเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้

2. กฎของ Dalton "ความกดดันของก๊าซผสมย่อมเท่ากับผลบวกของความกดดันของก๊าซแต่ละอย่างที่เป็นส่วนประกอบของก๊าซผสมนั้น" ซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำให้ปฏิบัติงานในบรรยากาศได้ เช่น เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากความดันย่อยของออกซิเจนในถุงลมน้อยลงเนื่องจากความดันบรรยากาศลดลง

ผลทางสรีรวิทยาเมื่อความกดดันของบรรยากาศเปลี่ยนแปลง เมื่อปฏิบัติงานในบรรยากาศ ร่างกายจะต้องเผชิญกับการลดลงของความดันบรรยากาศ ก๊าซที่อยู่ในร่างกายในรูปแบบต่างๆจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ผลจากการเปลี่ยนแปลงของก๊าซเหล่านี้จะก่อให้เกิดความผิดปกติขึ้นภายในร่างกาย ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงพิการหรือเสียชีวิตได้ ก๊าซที่อยู่ในร่างกายของมนุษย์สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 สภาวะ คือ

1. สภาวะก๊าซที่อยู่ตามโพรงหรือช่องของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเรียกว่า "Trapped gas"จะให้ผลทางสรีรวิทยาต่อร่างกายจากการขยายตัว หรือการหดตัวของก๊าซเอง[8]

1.1 การขยายตัวของก๊าซในระบบทางเดินอาหาร ตามกฎของ Boyle's เมื่อบินในระยะที่สูงขึ้น ก๊าซในกระเพาะอาหารและลำไส้ขยายตัวทำให้อืดอัด แน่นและปวดท้อง ซึ่งอาการอาจเป็นรุนแรงจนกระทั่งความดันโลหิตต่ำเป็นลมได้ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการกลืนก๊าซเข้าไปและบางส่วนเป็นผลมาจากการย่อยอาหาร ดังนั้น การป้องกันขณะเกิดอาการ ควรพยายามระบายก๊าซออกโดยวิธีเรอหรือผายลม ใช้กำปั้นช่วยคลึงหน้าท้องจากขวาไปซ้าย ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรบินระดับหรือบินลดระดับในที่สุด วิธีการป้องกันอีกทางหนึ่งคือระวังไม่ให้ก๊าซสะสมในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก โดยก่อนบินหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำมากๆ โดยเฉพาะน้ำอัดลม ขณะขึ้นบินไม่ควรเคี้ยวหมากฝรั่ง และหลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้เกิดก๊าซ ได้แก่ หัวหอม กะหล่ำปลี ถั่ว แตงกวา แตงโม เป็นต้น

1.2 ผลกระทบต่อหู หูอื้อ ปวดหู เมื่อเริ่มมีอาการสามารถบรรเทาได้โดยการ Clear หู โดยกลืนน้ำลาย เคี้ยวหาว ขยับกรามไปมา วิธีดังกล่าวจะเปิดช่องทาง Eustachian tube เพื่อระบายก๊าซในหูชั้นกลางออกสู่ภายนอก หรือถ้าไม่สำเร็จให้ใช้วิธี Valsalva's maneuver โดยการหุบปาก บีบจมูก และเป่าลมออกแรง ๆ สั้น ๆ เพื่อให้ลมหายใจออกผ่านท่อดังกล่าว

1.3 ผลกระทบต่อไซนัส โพรงจมูกมีช่องติดต่อกับภายนอกในภาวะปกติความดันกดอากาศภายในกับภายนอกเท่ากัน แต่ถ้าโพรงนี้มีความผิดปกติ เช่น บวมจากการเป็นไข้หวัด ทำให้ไม่สามารถระบายอากาศได้ จะทำให้เกิดอาการปวดโพรงจมูก บรรเทาอาการโดย อาจใช้ยาพ่นจมูกช่วย หรือถ้าเกิดอาการขณะบินลงให้ใช้วิธี Valsalva's maneuver

1.4 ผลกระทบต่อฟัน อาการปวดฟันพบได้ไม่บ่อย เป็นผลมาจากเหงือกและฟันที่ผิดปกติ วิธีการแก้ไขต้อง

ใส่ใจสุขภาพฟัน ถ้าเกิดอาการปวดฟันขณะบินอยู่จะไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยวิธีใดได้ ให้บินลดระดับและพบทันตแพทย์

1.5 ผลกระทบต่อปอด ในการลดความกดดันบรรยากาศอย่างรวดเร็ว ทำให้ก๊าซที่อยู่ในช่องทางเดินหายใจจะขยายตัว ถ้าขณะนั้นมีการกลั้นหายใจ หรือมีการอุดกลั้นทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมตีบ มีเสมหะ อาจทำให้ปอดฉีดขาดได้ และอาจเกิดผลตามมาได้แก่ ฟองอากาศหลุดเข้าไปในหลอดเลือด ถุงลมแตกเกิดลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และลมหลุดเข้าไปในช่องระหว่างปอดทั้งสอง[9]

2. สภาวะของก๊าซซึ่งละลายอยู่ตามส่วนที่เป็นของเหลวต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเรียกว่า “Evolve gas” จะให้ผลทางสรีรวิทยาต่อร่างกายจากการลดความสามารถในการละลายตัวของก๊าซในสารละลาย เกิดอาการที่เรียกว่า Decompression sickness (DCS) ได้แก่[8]

2.1 Bends จะมีอาการปวดรอบ ๆ ข้อต่าง ๆ โดยเฉพาะข้อใหญ่ ๆ

2.2 Chokes พบได้น้อยแต่อันตราย เกิดฟองอากาศอยู่ในเส้นเลือดที่ปอดทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ไอแห้ง ๆ หายใจลำบาก

2.3 Neurological manifestation อาการทางระบบประสาท

2.4 Vasomotor manifestation หรือ Circulatory shock พบไม่บ่อย มีอาการช็อกโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน จำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจนความกดบรรยากาศสูง

2.5 Skin manifestation อาการไม่รุนแรง จะเกิดผื่นและมีอาการคันตามผิวหนังจากฟองอากาศที่อยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง

ผลกระทบทางร่างกายที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการบิน

1. ภาวะพร่องออกซิเจน: ความกดดันบรรยากาศจะค่อย ๆ ลดลงตามระดับความสูงที่เพิ่มขึ้นมีผลโดยตรงต่อการลดลงของความกดดันย่อยออกซิเจนเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนซึ่งพบได้ในคนทั่วไป[10] ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ภาวะโลหิตจางจากการอักเสบเรื้อรังของลำไส้ โรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร หรือเสียเลือดมากจากการผ่าตัด ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนทั้งสิ้นเนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับการลดลงของระดับฮีโมโกลบินในเลือด ซึ่งทำหน้าที่ในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย[11]

2. ปวดท้อง แน่นอึดอัดท้อง: การลดลงของความกดดันบรรยากาศส่งผลให้ก๊าซในกระเพาะอาหารและลำไส้ขยายตัวเพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ปวดท้อง แน่นอึดอัดท้อง[12] หากไม่ได้รับการบรรเทาให้ทุเลาลงอาการดังกล่าวจะทวีความรุนแรงมากขึ้นจนส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลงและเป็นลมได้ขณะลำเลียงทางอากาศ[13] นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมการขยายตัวของก๊าซอาจทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวส่งผลให้อุจจาระออกมากขึ้น

3. คลื่นไส้ อาเจียน: อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้อุดตัน นอกจากนี้อาจพบได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเดินอาหารเนื่องจากระบบทางเดินอาหารอาจยังกลับมาทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์[14] นอกจากนี้ในช่วงหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัด การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพออาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ขณะลำเลียงทางอากาศ[15] นอกจากนี้ตลอดการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ อาจประสบกับกระแสลมวน การสัมผัสอากาศร้อน การสั่นสะเทือนของเครื่องยนต์ การเพิ่มอัตราเร่งขณะเครื่องทำการบินขึ้น และการขยายตัวของปริมาตรก๊าซในช่องท้องจากการลดลงของความกดดันบรรยากาศ เหล่านี้ล้วนแล้วเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ง่ายด้วยเช่นกันโดยอาจส่งผลให้อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เป็นอยู่เดิมมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

4. ปวดแผลผ่าตัด: ขณะลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศสิ่งที่ควรเฝ้าระวังคือผลกระทบอันเนื่องมาจากการสั่นสะเทือนและการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิเนื่องจากอุณหภูมิลดลง ทั้งนี้ขณะทำการบินขึ้นอุณหภูมิที่ลดลงจะทำให้เกิดอาการหนาวสั่นส่งผลทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัวและทำให้เกิดอาการปวดเพิ่มขึ้น[16]

5. แผลแยก/อวัยวะภายในช่องท้องทะลุออกมา: หนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารในระยะแรกคือปัญหาลำไส้เคลื่อนไหวได้น้อยหรือหยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัดทำให้ปริมาตรอากาศในกระเพาะอาหารและลำไส้ขยายตัวจึงกระตุ้นการคลื่นไส้อาเจียน[17] ขณะลำเลียงทางอากาศก๊าซจะขยายตัวเพิ่มขึ้นโดยความสูง 6,000-8,000 ฟุต ปริมาตรอากาศจะขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ถ้าก๊าซมีปริมาณมากอาจทำให้ปวดท้องและนำไปสู่ภาวะความดันในช่องท้องสูง

หากแรงดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ อาจทำให้แผลแยก อวัยวะภายในช่องท้องทะลุออกมาภายนอก หรือมีเลือดออกภายในช่องท้องได้[12] นอกจากนี้อากาศที่มีปริมาตรมากขึ้นอาจทำให้สายระบายช่องท้องทำงานไม่ปกติด้วยเช่นกัน

6. ช็อค: อากาศแห้งจากการลดลงของความชื้นในอากาศ ขณะทำการบินขึ้นไปในระดับสูงส่งผลให้ร่างกายขาดน้ำมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวกระทบต่อผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค[18] จากการขาดสูญเสียสารน้ำหรือเลือด เช่น เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เสียเลือดมากขณะผ่าตัด หรือมีสารคัดหลั่งออกทางสายระบายจำนวนมาก โดยอาจทำให้อาการของโรคทรุดลงได้

การเตรียมการก่อนลำเลียงทางอากาศ

แม้ว่าการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้าการรักษาที่รวดเร็ว แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการทรุดลงได้ ทั้งนี้เนื่องจากสภาวะความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงของความกดดันบรรยากาศขณะปรับเพดานบินและสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ไม่สามารถพิจารณาลำเลียงผู้ป่วยได้ในทุกเคส เนื่องจากหากต้องลำเลียงผู้ป่วยในกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้จะเพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลเวชศาสตร์การบินจะต้องมีการประสานโรงพยาบาลต้นทางซึ่งเป็นหน่วยแพทย์เจ้าของผู้ป่วยที่ส่งคำขอการลำเลียงทางอากาศ และโรงพยาบาลปลายทางเป็นหน่วยแพทย์จุดหมายปลายทางที่จะรับผู้ป่วยไว้ในการดูแลรักษาตามความประสงค์ในคำขอลำเลียง จัดรถพยาบาลรับ-ส่งผู้ป่วย ติดต่อโรงพยาบาลปลายทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและการเข้ารับการรักษา รวมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนลำเลียงทางอากาศเพื่อเฝ้าระวังและเตรียมการรับมือให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของอาการขณะลำเลียงทางอากาศซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมาภายหลัง

การประเมินสภาพผู้ป่วย[8]

1. ประเมินสัญญาณชีพ และตรวจร่างกาย ประเมินความโป่งตึงหน้าท้องและฟังเสียงลำไส้เพื่อประเมินอาการแน่นท้อง ท้องอืดหรือปวดท้อง

2. พยาบาลควรซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องโดยเฉพาะการผ่าตัดส่องกล้องเนื่องจากจะมีอากาศบางส่วนค้างอยู่ในช่องท้องซึ่งถ้ามีปริมาณมากจะส่งผลกระทบทำให้ปวดท้องและนำไปสู่ภาวะความดันในช่องท้องสูงได้ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติจะเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและกำหนดระดับความสูงของเพดานบินที่เหมาะสม

3. ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันหรือมีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร พยาบาลควรประเมินภาวะเลือดออกโดยดูดของเหลวในช่องท้องว่ามีลักษณะเป็นเลือดสดหรือเป็นสีแดงคล้ำหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือไม่ โดยปกติแล้วต้องไม่มีเลือดมาแล้วอย่างน้อย 3 วันร่วมกับไม่มีภาวะ orthostatic postural change หากยังมีเลือดออกควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาความเหมาะสมและควบคุมภาวะเลือดออกให้เป็นปกติก่อนลำเลียงทางอากาศ

การพยาบาลก่อนลำเลียงทางอากาศ[8]

1. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแน่นอืดท้องควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาใส่สายระบายทางจมูกสำหรับระบายลมและงดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มก่อนบิน

2. ความผิดปกติที่เกิดกับระบบทางเดินอาหาร เช่น การบาดเจ็บหรือผ่าตัดบริเวณช่องท้อง หรือยาบางชนิดอาจไปลดการทำงานและการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้ปริมาตรอากาศในกระเพาะอาหารและลำไส้ขยายตัว กระตุ้นอาการคลื่นไส้อาเจียน ดังนั้นพยาบาลควรประเมินอาการผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนบินหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนอยู่เดิมหรือมีแนวโน้มที่อาจมีความเจ็บป่วยที่จะกระตุ้นอาการคลื่นไส้อาเจียนให้ทวีความรุนแรงขึ้น พยาบาลประจำโรงพยาบาลต้นทางควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้ยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยควรให้ยาก่อนบินประมาณ 30-60 นาที

3. การที่กระเพาะอาหารขยายตัวมากจะทำให้กระบังลมขยายตัวได้น้อยลงส่งผลกระทบต่อการหายใจ ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีความดันในช่องท้องสูงหรือมีแนวโน้มควรพิจารณาเตรียมออกซิเจนเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนขณะบิน

4 ผู้ที่มีเคยมีประวัติเลือดออกในระบบทางเดินอาหารพยาบาลควรเตรียมให้ออกซิเจน 2-4 ลิตร/นาที หากผู้ป่วยมี Hematocrit ต่ำกว่า 24% ไม่ควรพิจารณาลำเลียงผู้ป่วยและควรได้รับเลือดจากโรงพยาบาลต้นทางก่อนจนกระทั่งมีระดับ Hematocrit เพิ่มและอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์ยอมรับจึงจะพิจารณาให้ลำเลียงทางอากาศ

5. การขยายตัวของก๊าซจะกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นดังนั้นผู้ป่วยที่ท้องเสียรุนแรงและถ่าย

อุจจาระบ่อยครั้งควรเตรียมยาให้เพียงพอตลอดการลำเลียง และเตรียมหม้อนอนให้พร้อม เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมโรงพยาบาลต้นทางควรเทอุจจาระออกจากถุงพร้อมทั้งทำความสะอาดให้เรียบร้อย และจัดเตรียมถุงสำรองสำหรับระบายอุจจาระทางหน้าท้องก่อนการลำเลียง

การพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารขณะลำเลียงทางอากาศ

ขณะลำเลียงทางอากาศพยาบาลเวชศาสตร์การบินควรเฝ้าระวังผลกระทบทางสรีรวิทยาอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงความกดดันบรรยากาศ แม้ว่าการเตรียมการและการประเมินก่อนบินจะช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนแต่อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาขณะลำเลียงทางอากาศ ดังนั้นพยาบาลเวชศาสตร์การบินควรมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยและควรประยุกต์ใช้ความรู้ตามหลักการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตามการพยาบาลผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศย่อมมีการดูแลเฉพาะที่แตกต่างจากการพยาบาลภาคพื้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความกระจ่างในบทบาทของพยาบาลเวชศาสตร์การบินจึงขอนำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาประกอบการอธิบายเพื่อสร้างความเข้าใจในทางปฏิบัติ

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร

ชายไทย อายุ 69 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การวินิจฉัยโรค มะเร็งลำไส้ตรง **อาการสำคัญ** ปวดมวนท้อง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล **ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต** ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ประวัติสูบบุหรี่นานกว่า 30 ปี **ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน** 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายอุจจาระลำเล็กลงปวดท้อง ท้องผูกสลับท้องเสีย ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นริดสีดวงทวาร ได้ยามารับประทานและยาเหน็บอาการไม่ดีขึ้น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลรู้สึกปวดหน่วงเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุดปวดมวนท้อง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล พยาบาลซักประวัติเพิ่มเติมพบว่ามี น้ำหนักลดลง 8 กก. ใน 2 เดือน colonoscope: found ulcerative lesion at 5-10 cm from anal verge and circumferential mass at 10 cm; biopsy result: adenocarcinoma well differentiated แพทย์จึงนัดทำผ่าตัด low anterior resection with colostomy สภาพทั่วไป รู้สึกตัวดี แต่มีอาการอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้พอควร มีแผลหน้าท้องยาว 15 ซม. แผลแห้ง มีสายระบาย 1 สายสีแดงจาง มีทวารเทียมบริเวณหน้าท้อง ลักษณะสีแดงอมชมพู อาการปัจจุบัน เริ่มรับประทานอาหารเหลว หลังรับประทานอาหารมีท้องอืดเล็กน้อย บ่นปวดแผล pain scale 4-5 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายน้อย Hb = 9 g/dl; Hct = 27% **แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ** ผ่าตัด low anterior resection with colostomy; estimated blood loss = 1,200 ml; NSS 1000 ml IV 60 cc/hr; Ceftriaxone 2 g IV ทุก 12 ชม. แพทย์มีคำสั่งให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นเพื่อรับการรักษาในขั้นตอนถัดไป

ประเด็นปัญหาที่ท้าทายสำหรับผู้ป่วยรายนี้คือการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศภายหลังผ่าตัดทางเดินอาหาร ซึ่งความเครียดจากการบินอาจกระทบต่อสภาพร่างกายผู้ป่วยและทำให้อาการทรุดลงได้ ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงควรประเมินอาการผู้ป่วยขณะอยู่ภาคพื้นรวมทั้งคาดการณ์ถึงอาการแสดงที่อาจเกิดระหว่างการลำเลียงทางอากาศโดยประยุกต์ความรู้ด้านการพยาบาลเวชศาสตร์การบินในการดูแลผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศซึ่งสามารถพิจารณาตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

1. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

สาเหตุ: 1) สูญเสียเลือดจำนวนมากขณะผ่าตัด 2) Hb = 9 g/dl; Hct =27%

ปัจจัยเสริม: -จากกฎของ Dalton เมื่อความสูงเพิ่มขึ้นความกดดันรวมของบรรยากาศลดลงความกดดันย่อยของออกซิเจนจึงลดลงเช่นกันนำไปสู่การเกิด Hypoxic hypoxia

- เมื่อความสูงเพิ่มขึ้นอุณหภูมิจะลดลงทำให้เกิดอาการหนาวสั่นซึ่งเพิ่มการใช้พลังงานดังนั้นจึงเพิ่มการใช้ออกซิเจนในร่างกายส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>

1. ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM ระหว่างเดินทางและจัดเตรียมออกซิเจนให้พร้อมและมีจำนวนเพียงพอตลอดการลำเลียงทางอากาศ

2. ประเมินอาการพร่องออกซิเจน ได้แก่ ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว หายใจลำบาก กระสับกระส่าย สับสน

3. ติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดเป็นระยะตลอดการเดินทาง

4. ลดการมีกิจกรรมและไม่พยายามรบกวน

ผู้ป่วยบ่อย ๆ ระหว่างบินเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

5. ดูแลให้ห่มผ้าหนา ๆ เพื่อรักษาความอบอุ่นให้ร่างกายตลอดการลำเลียง

2. มีโอกาสเกิดภาวะไม่สุขสบาย อืดอัดแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน

สาเหตุ: 1) ผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ (bowel manipulation) 2) ผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึกที่มีผลต่อการกลับคืนสู่การทำหน้าที่ของอวัยวะระบบทางเดินอาหาร

ปัจจัยเสริม: -การลดลงของความกดดันบรรยากาศขณะทำการบินขึ้นส่งผลให้ก๊าซที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ขยายตัวเพิ่มขึ้นตามกฎของ Boyle

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารก่อนบินเพื่อไม่ให้ท้องว่าง งดอาหารที่มีก๊าซมากเพื่อป้องกันอาการแน่นท้องและคลื่นไส้อาเจียน

2. ก่อนลำเลียงควรประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยใช้หูฟัง

3. ซักประวัติอาการคลื่นไส้อาเจียน ในรายที่มีประวัติคลื่นไส้เจียนควรพิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนอย่างน้อย 30 นาทีก่อนบิน

4. ในกรณีผ่าตัดช่องท้องและลำไส้ยังเคลื่อนไหวน้อยควรแจ้งนักบินให้ปรับความดันบรรยากาศห้องโดยสารให้เท่ากับระดับน้ำทะเล

5. ผู้ที่ได้รับวิธีให้อาหารเป็นแบบครั้งคราวควรต้องมีเครื่องควบคุมการหยดด้วย infusion pump

6. ขณะบินประเมินอาการปวดอาการแน่นท้องปวดท้องเป็นระยะ พร้อมกับให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการแน่นท้องเช่น เรอ ผายลม

7. จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กะบังลมหย่อนหายใจสะดวก

8. ในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมควรทำความสะอาดและเทอุจจาระในถุงทิ้งก่อนลำเลียงทางอากาศ ทั้งนี้เนื่องจากผลจากการขยายตัวของก๊าซในทางเดินอาหารอาจทำให้อุจจาระออกมามากขึ้น นอกจากนี้ควรเตรียมถุงสำรองไปด้วยโดยให้พร้อมใช้และมีจำนวนเพียงพอ

9. หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนแนะนำผู้ป่วยมองที่จุดใดจุดหนึ่ง

3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

สาเหตุ: -ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่บริเวณกลางหน้าท้อง

ปัจจัยเสริม: -การสั่นสะเทือนจากเครื่องยนต์และกระแสลมวน (turbulence) ส่งผลให้แผลได้รับการกระทบกระเทือนและเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

-อุณหภูมิที่ลดลงตามระดับความสูงส่งผลให้หลอดเลือดหดตัวและกระตุ้นให้รู้สึกปวดมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยสุขสบาย ใช้ผ้าห่มหรือหมอนรองเพื่อลดแรงสั่นสะเทือนจากอากาศยาน

2. ผูกรัดผู้ป่วยขณะลำเลียงเพื่อป้องกันการสั่นสะเทือน

3. หลีกเลี่ยงการติดตั้งเปลบนพื้นหรือติดผนังเครื่องบิน

4. ประเมินความปวดโดยการสอบถามและดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

5. ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ (psychological support)

6. ดูแลให้ห่มผ้าขณะลำเลียงเพื่อเพิ่มความอบอุ่นให้กับร่างกาย

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาซีดจากการสูญเสียเลือดจำนวนมากจึงต้องเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนและควรได้รับออกซิเจนบำบัดตลอดการลำเลียงทางอากาศ นอกจากนี้ควรเฝ้าระวังผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงความกดบรรยากาศซึ่งอาจทำให้เกิดอาการแน่นจุกเสียดท้องโดยประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นระยะและดูแลความสุขสบายทั่วไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดสำหรับผู้ป่วยรายนี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลไม่ควรมองข้าม โดยควรประยุกต์หลักการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาควบคู่ไปกับการจัดผังบรรทุกให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยบรรเทาความรุนแรงของอาการดังกล่าว ลดความทุกข์ทรมานและสร้างความผาสุกทางใจให้กับผู้ป่วย

สรุป

การลำเลียงทางอากาศได้ถูกนำมาใช้มากขึ้นเพื่อสนับสนุนหลายภารกิจของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เนื่องจากสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้โดยเฉพาะในถิ่นทุรกันดารที่ยากต่อการสัญจรทางบก พื้นที่ประสบภัย พื้นที่

เสี่ยงภัยทั้งในสถานการณ์ปกติและยามคับขัน ลดระยะเวลาการเดินทางจึงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสมได้ทันเวลา เพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดอัตราทุพพลภาพ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของความกดบรรยากาศขณะทำการบินหรือความเครียดจากการบินอันเนื่องมาจากปัจจัยแวดล้อมและอากาศยานอาจกระทบต่ออาการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลเวชศาสตร์การบินหรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ซึ่งรับผิดชอบภารกิจลำเลียงทางอากาศจึงควรมีความรู้ด้านสรีรวิทยาการบิน การเฝ้าระวังความเครียดจากการบินการประเมินสภาวะผู้ป่วยก่อนบิน การเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมก่อนบิน การพยาบาลขณะบิน รวมทั้งทักษะในการไวต่อการเปลี่ยนแปลงและสามารถแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดีซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยสูงสุดตลอดการลำเลียงทางอากาศ

References

1. Xu R, Gu Q, Xiao S, Zhao P, & Ding Z. Patient-reported gastrointestinal symptoms following surgery for gastric cancer and the relative risk factors. Frontiers in Oncology. 2022.
2. Tripartite Gastrointestinal Recovery Post-operative Ileus Group. Core outcome set for clinical studies of postoperative ileus after intestinal surgery. British Journal of Surgery. 2022; 109(6):493-6.
3. Łagosz P, Sokolski M, Biegus J, Tycinska A, & Zymlinski R. Elevated intra-abdominal pressure: a review of current knowledge. World Journal of Clinical Cases. 2022;10(10):3005-13.
4. Millán M, Ordoñez CA, Parra MW, Caicedo Y, Padilla N, Pino LF, et al. Hemodynamically unstable non-compressible penetrating torso trauma: a practical surgical approach. Colombia Médica. 2021;52(2):e4024592.
5. Mongkol J, Choocherd S, & Kaukeaw A. Nursing Care for Orthopedic Patients in Aeromedical Evacuation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):28-35. (in Thai)
6. National Institute for Emergency Medicine. Emergency aeromedical service guideline health region 1, B.E.2018. Chiangmai: Chiangmai pimniyom limited partnership; 2018. (in Thai)
7. National Institute for Emergency Medicine. Emergency Aeromedical Service Guideline Revision 2014. Bangkok: Choraka press; 2014. (in Thai)
8. Institute of Aviation Medicine. Aeromedical Evacuation. Pathum Thani: Thammasat Printing House; 2019. (in Thai)
9. Khamrath J, Mahaviriyotai K, Ladawan T, & Prabripoo T. Caring of Chest Trauma Patients with Intercostal Drainage: Role of nurses in Aeromedical Evacuation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):63-9. (in Thai)
10. Shaw DM, Cabre G, & Gant N. Hypoxic hypoxia and brain function in military aviation: basic physiology and applied perspectives. Frontiers in Physiology. 2021;12:665821.
11. Collins JA, Rudenski A, Gibson J, Howard L, & O'Driscoll R. Relating oxygen partial pressure, saturation and content: the haemoglobin-oxygen dissociation curve. Breathe. 2015;11(3):194-201.
12. Hurd WW, & Rothenberg JM. Aeromedical evacuation management of acute and stabilized patients. 2nd ed. Cham: Springer Nature; 2019.
13. Leon M, Chavez L, & Surani S. Abdominal compartment syndrome among surgical patients. World Journal of Gastrointestinal Surgery. 2021; 13(4):330-9.

14. Mazzotta E, Villalobos-Hernandez EC, Fiorda-Diaz J, Harzman A, & Christofi FL. Postoperative ileus and postoperative gastrointestinal tract dysfunction: pathogenic mechanisms and novel treatment strategies beyond colorectal enhanced recovery after surgery protocols. Frontiers in Pharmacology. 2020;11:583422.
15. Mo FF, Qin HH, Wang XL, Shen ZL, Xu Z, Wang KH, et al. Acute hyperglycemia is related to gastrointestinal symptoms in motion sickness: an experimental study. Physiology & Behavior. 2012; 105(2):394-401.
16. Cheung SS. Responses of the hands and feet to cold exposure. Temperature. 2015;2(1):105-20.
17. Kalemci S, Ergun KE, Kizilay F, Yildiz B, & Simsir A. Analysis of risk factors of abdominal wound dehiscence after radical cystectomy. Revista da Associacao Medica Brasileira. 2022; 68(11):1553-7.
18. Bagshaw M, & Illig P. The Aircraft Cabin Environment. In: Keystone JS, Kozarsky PE, Connor BA, Nothdurft HD, Mendelson M, Leder K, editors. 4th ed. London: Elsevier; 2019.

บทบาทของพยาบาลประสานงานด้านการรักษาพยาบาล ในการบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤต อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

Role of Nurse Coordinator in Managing Critical Care Patient Beds at Somdej Phra Debarat Building, Ramathibodi Hospital

อนุสรา หุ่นอุตกฤษณ์*
Anusara Hoonaudgid*
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กทม.ประเทศไทย 10400
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นความเจ็บป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง ปัจจุบันมีความต้องการการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่มีทรัพยากรเตียงจำกัดซึ่งเป็นอุปสรรคต่อโรงพยาบาลทั่วโลก โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการรับส่งต่อผู้ป่วยหนักเข้ารับการดูแลรักษาจากทุกภูมิภาคของประเทศพยาบาลประสานงานด้านการรักษาพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้บทบาทหน้าของพยาบาลประสานงานด้านคลินิกเข้ามาประยุกต์ใช้ตั้งแต่กระบวนการก่อนรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้บทบาทของผู้จัดการดูแลผู้ป่วยตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย บทบาทในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการประสานงานสหสาขาวิชาชีพระหว่างการรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต บทบาทในการดูแลผู้ป่วยในกระบวนการหลังรับผู้ป่วยเข้าในหอผู้ป่วยวิกฤต และบทบาทในการเป็นผู้ให้ข้อมูล คำปรึกษา และประสานประโยชน์ทางคลินิกให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว เกิดความปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตนอกหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : พยาบาลประสานงานด้านการรักษาพยาบาล, การบริหารจัดการเตียง, หอผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

Critical illness refers to severe conditions that require intensive care. The demand for ICU care is increasing globally, while ICU bed availability is limited, creating challenges, especially for tertiary hospitals that receive referrals of critically ill patients from across the country. In this context, the role of nurse coordinators in managing ICU beds effectively becomes critical. The nurse coordinator's role can be applied at every stage of ICU care: Pre-admission: The nurse coordinator assesses the severity of the patient's condition and prioritizes ICU admission, ensuring optimal resource allocation. During ICU admission: The coordinator monitors the patient's condition, ensuring interdisciplinary team collaboration for comprehensive care. Post-admission: The coordinator continues to oversee the patient's care, adjusting treatment plans as needed and

Corresponding Author: *E-Mail: anusara.h@outlook.com

วันที่รับ (Received) 21 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 16 ต.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 24 ต.ค. 2567

ensuring the patient receives continuous monitoring and appropriate interventions. The role of providing information, consultation, and clinical coordination to patients and their families aims to ensure that patients can access appropriate care quickly in the ICU. Their goal is to ensure that patients access services and receive appropriate care in the ICU promptly, ensuring safety, reducing the severity of illness, and lowering the mortality rate outside the ICU and ensure continuous care for both patients and their families.

Keywords: Nurse coordinator, Managing, Critical care patient beds

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง มีการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญของร่างกายตั้งแต่หนึ่งระบบจนถึงหลายระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงอันตรายและอัตราการเสียชีวิตสูง[1] ความเจ็บป่วยรุนแรงดังกล่าวมีความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งปัจจุบันจำนวนเตียงสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตไม่เพียงพอจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง[2] ปัญหาเรื่องจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอจึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลทั่วโลก สาเหตุหนึ่งมาจากการมีจำนวนผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นมีความต้องการใช้เตียงวิกฤตหรือมีการย้ายผู้ป่วยออกห้องไอซียูที่ล่าช้า ส่งผลกระทบต่อจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ให้บริการลดลง[3] นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์ขั้นสูงที่ต้องเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนภาระงานที่หนักของแพทย์และพยาบาล การนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญที่ไม่จำเป็น ส่งผลทำให้ไม่สามารถย้ายผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมายังหอผู้ป่วยสามัญได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการเตียงผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยที่ใช้ระบบสาธารณสุขของรัฐของประเทศบราซิลสามารถเข้าถึงเตียงผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉลี่ย 0.9 เตียงต่อประชากร 10,000 คน และผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเอกชนสามารถเข้าถึง 4.14 เตียงต่อประชากร 10,000 คน ซึ่งยังไม่เพียงพอและมีความขัดแย้งระหว่างการเข้าถึงบริการและความต้องการบริการระบบสาธารสุขของประชากร[4] ในประเทศไทยมีรายงานข้อมูลใน ปี พ.ศ. 2565 พบว่าสถานพยาบาลที่มีเตียงผู้ป่วยหนัก (ICU) ทั้งหมดรวม 8,601 เตียง[5] โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ ต้องมีสัดส่วนเตียงผู้ป่วยวิกฤตต่อจำนวนเตียงทั้งหมดของโรงพยาบาลร้อยละ 20[6] และจากการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีประชากรที่เจ็บป่วยด้วยอาการของโรคที่รุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาจากหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นจำนวนมาก[7] จำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้คาดการณ์ว่าความต้องการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสูงขึ้นตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การจัดสรรทรัพยากรเตียงผู้ป่วยวิกฤตที่มีจำกัดไม่เพียงพอกับความต้องการ[8] จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้การวางแผนและจัดสรรเตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลมีความยากลำบากในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยหนักที่มีความซับซ้อนของโรค ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อมาเพื่อเข้ารับการรักษาตามศักยภาพของโรงพยาบาลนั้น ๆ ผู้ที่รับหน้าที่ในการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤตต้องรับมือกับความคาดหวังของความต้องการการเข้ารับบริการของผู้ป่วยและครอบครัว[9] ดังนั้นการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤตจึงมีความสำคัญในระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ที่มีสมรรถนะในการบริหารจัดการเตียงได้ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ และในปัจจุบันพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวให้สามารถปฏิบัติงานในการบริหารจัดการเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ เข้ามาเป็นบทบาทหน้าที่ใหม่ที่มีความสำคัญและมีความท้าทาย มีการขยายบทบาทและหน้าที่ของพยาบาล มีส่วนช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลได้[10] การบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องประสานงานการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ จึงได้มีการประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิก (clinical nurse coordinator) ซึ่งมีความแตกต่างและซับซ้อนไปจากการปฏิบัติงานพยาบาลทั่วไป โดยเป็นบทบาทใหม่ของพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นมาดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรค แนวคิดบทบาทของพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิกเป็นการผสมผสานบทบาทของผู้จัดการรายกรณี (case manager) และผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical specialist) เข้าไว้ด้วยกัน[11] ผู้เขียนในฐานะพยาบาลประสานงานด้าน

การรักษาพยาบาลจึงมีวัตถุประสงค์ในการเผยแพร่บทบาทของพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตแก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดีในครั้งนี้

การบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤตอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์เป็นสถานพยาบาลภายใต้โครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นอาคารที่มุ่งเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนเป็นหลัก เพื่อเป็นการยกระดับการให้บริการรักษาพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริงและเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการต่าง ๆ ในองค์กร จึงได้มีการจัดตั้งหน่วยประสานด้านการรักษาพยาบาลระบบพิเศษ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีพยาบาลประจำหน่วยงานโดยมีการให้บริการในการติดต่อและประสานงานผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษาระบบพิเศษของอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ เนื่องจากพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องและทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว[12] โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบหลายด้าน ได้แก่ การประเมินอาการและความจำเป็นในการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ และจัดการดูแลเฉพาะด้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่ระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน ตลอดจนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีภาระงานหลัก คือ 1) การบริหารจัดการเตียงภายในอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ได้แก่ การบริหารเตียงของหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) และหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ (CCU) การประสานการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจากแผนกผู้ป่วยนอกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรามาธิบดี การประสานการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น และประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่น 2) การบริการให้คำปรึกษาภาวะสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลหลังได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน และให้คำปรึกษาระบบบริการ เช่น กระบวนการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การนัดตรวจระบบผู้ป่วยนอก การติดต่อขอประวัติการรักษาและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การดูแลสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น และ 3) เป็นหนึ่งในทีมช่วยเหลือเร่งด่วน (Rapid Response Team: RRT) และทีมช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ของอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ในบทบาทของผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้เตียงผู้ป่วยวิกฤต

ในการบริหารเตียงหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU และ CCU) ภายในอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์เป็นภารกิจและหน้าที่สำคัญของพยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานร่วมกับทีมพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ทีมแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวางแผนการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการใช้เตียง จึงจำเป็นต้องมีเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ในการบริหารจัดการตั้งแต่กระบวนการการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตให้สามารถเข้าถึงบริการรับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ภายใต้การบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตระบบพิเศษอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ประกอบไปด้วยหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU และ CCU) ทั้งหมด 33 เตียง จัดระบบโดยให้หอผู้ป่วยวิกฤตทุกที่เป็นการบริหารจัดการเตียงแบบรวมกันทั้งหมด สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้ทุกด้าน ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมทรวงอกและหลอดเลือดหัวใจ และสูติ-นรีเวช ที่มีอายุตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป โดยแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีความเชี่ยวชาญความเฉพาะกลุ่มโรค ดังนี้ หอผู้ป่วยวิกฤต SDICU51 มีจำนวน 13 เตียง มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มศัลยกรรมทั้งหมด หอผู้ป่วยวิกฤต SDICU92 มีจำนวน 8 เตียง มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน เป็นต้น หอผู้ป่วยวิกฤต SDICU95 มีจำนวน 8 เตียง มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มีภาวะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยโรคโควิด-19 เป็นต้น โดยที่หอผู้ป่วยวิกฤตทั่วไปทั้ง 3 หอผู้ป่วยจะมีอาจารย์แพทย์เฉพาะทางเวชบำบัดวิกฤต อยู่ประจำในหอผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และหอผู้ป่วยพิเศษวิกฤตหัวใจ SDCCU91 มีจำนวน 7 เตียง มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะมีแพทย์ประจำตลอด 24 ชั่วโมง โดยเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตใช้แนวคิดผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีการวางแผน (elective case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวางแผนใช้หอผู้ป่วยวิกฤตล่วงหน้า ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดในระบบพิเศษที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีความเสี่ยง หรือ

จำเป็นต้องใช้เตียงหอผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด (post-surgery operation) ผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการขั้นสูง ที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ หรือใช้อุปกรณ์การแพทย์ขั้นสูงและผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น (refer in)

2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้วางแผน (emergency) หมายถึง ผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยพิเศษ (IPD) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน (emergency room) ของโรงพยาบาลรามาธิบดีที่อาการวิกฤต มีภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด มีความถี่ในการเฝ้าระวังติดตามอาการผิดปกติ ที่ต้องการการแก้ไขจัดการอย่างเร่งด่วน จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยพิจารณาจากเกณฑ์การรับเข้าร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ที่ดูแล ดังนี้

2.1 Objective Parameters Model โดยประเมินจากสัญญาณชีพ ประกอบกับ Ramathibodi Early Warning score (REWs) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมิน เฝ้าระวังและจัดการต่ออาการแสดงเตือนของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยในกรณีที่ผู้ป่วยทีคะแนนความรุนแรงมาก พยาบาลประจำหน่วยตรวจ/หอผู้ป่วยจะมีการ ประเมินซ้ำ พร้อมจัดการอาการเบื้องต้นตาม ABCDEF Model รายงานหัวหน้าเวร/ผู้ตรวจการพยาบาลและรายงานแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์เวร รายงานทีม Rapid Response Team: RRT เตรียมรถ emergency cart และเครื่อง defibrillator และพยาบาลประสานงานด้านการรักษาพยาบาลทำหน้าที่ประสานการและบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อจากทีมผู้เชี่ยวชาญด้านวิกฤตอย่างเร็วที่สุด

2.2 Diagnosis Model โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค และอาการเฉพาะของโรคที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งจัดเกณฑ์ตามระบบการทำงานของร่ายกาย

• ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อน ภาวะ cardiogenic shock ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบรุนแรง ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มีระบบไหลเวียนเลือดไม่คงที่ ผู้ป่วยหลังหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยบีบรัดหัวใจ (cardiac tamponade)

• ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยที่มี ภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด ที่มีระบบไหลเวียนไม่คงที่ ปอดอักเสบรุนแรง หรือผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลระบบทางเดินหายใจที่หอผู้ป่วยไม่สามารถดูแลได้

• ระบบประสาทและสมองทั้งด้านอายุกรรมและศัลยกรรม ได้แก่ acute stroke ที่มีระดับความ รู้สึกตัวเปลี่ยนไป หรืออยู่ในระยะเวลาเริ่มเป็นภายใน 7 วัน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนระดับ coma หรือมีภาวะ respiratory compromise ผู้ป่วย brain dead หรือมีโอกาสเกิดภาวะสมองตายที่ทำการบริจาคอวัยวะ และผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บรุนแรงที่สมอง

• ระบบทางเดินอาหารและตับ ได้แก่ ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารรุนแรง

• ระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ diabetic ketoacidosis ที่มีภาวะแทรกซ้อน thyroid storm หรือ myxedema coma และ adrenal crisis ที่มีระบบไหลเวียนไม่คงที่

• กลุ่มผู้ป่วยการผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องการการพยาบาลในระยะวิกฤต

2.3 ผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการที่เฉพาะ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวกลุ่ม CHF with poor EF ที่ต้องให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ หัตถการหรือการตรวจรักษาขั้นสูงที่มีความสี่ยง

บทบาทของพยาบาล ประสานงานด้านการรักษาพยาบาลในการบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการทำงานด้านการจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตต้องมีความรู้และประสบการณ์ทั้งด้านการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการเรียนรู้งานการเป็นผู้ประสานงานทางคลินิก โดยควรมีการเรียนการพยาบาลเฉพาะทางเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหรือเรียนรู้งานจากผู้มีประสบการณ์ การฝึกทักษะการสื่อสาร และการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยมีแผนการดูแลและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตลอดจนการติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษา[13] อีกทั้งต้องมีทักษะความสามารถที่จำเป็นด้าน soft skill ซึ่งมีความสำคัญในการปฏิบัติงาน เช่น ภาวะผู้นำ ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว การทำงานเป็นทีม มีความยืดหยุ่น การเจรจาต่อรอง และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น โดยอาศัยแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการสื่อสาร เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์และเทคโนโลยี

การสื่อสาร เป็นต้น[10] โดยบทความนี้ได้รวบรวมบทบาทของพยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลผู้ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิก ดังนี้

1. บทบาทของผู้จัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะตามกลุ่มโรคหรือหรือตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย ในกระบวนการก่อนรับผู้ป่วยเข้าในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1.1 ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต : เป็นกระบวนการสำคัญที่พยาบาลประสานงานด้านการรักษาพยาบาลใช้ในขั้นตอนนี้เนื่องจากการประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ทราบถึงประเภทของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ระดับความเร่งด่วน ความต้องการในการดูแลรักษา ซึ่งข้อมูลที่ใช้ในการประเมินอาการก่อนรับเข้า ประกอบด้วย ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และอาการทางคลินิกที่จำเป็นต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามเกณฑ์การรับเข้า

1.2 วางแผนการจัดการบริหาร : หลังจากมีการประเมินผู้ป่วย พยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลจะใช้กระบวนการบริหารจัดการเตียงแบบกระบวนการตัดสินใจแต่ละวัน (day-to-day decision) ในการบริหารจัดการผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยวิกฤตตามสถานการณ์เตียงที่ว่างและลำดับการรับผู้ป่วยของหอผู้ป่วยในวันนั้น ๆ จากการศึกษาพบว่ามีการนำเอาทฤษฎีการจัดลำดับเตียงของโรงพยาบาลมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยมีหลักการที่สำคัญคือการบริหารเตียงให้สามารถใช้ได้ตามเป้าหมายเฉลี่ยที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลก คือร้อยละ 85 ของเตียงทั้งหมดในหอผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นการจัดสรรทรัพยากรเตียงอย่างคุ้มค่า โดยมีผู้ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการเตียงซึ่งจะเป็นผู้ที่ทราบมีข้อมูลจำนวนเตียงทั้งหมด และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์หมุนเวียนการในการใช้เตียงของผู้ป่วยภายใต้นโยบาย ขั้นตอน มาตรฐานของโรงพยาบาล และบริหารจัดเตียงเพื่อให้ตรงกับความต้องการการใช้เตียงและจำนวนเตียงที่มีอยู่ ตลอดจนการสื่อสารข้อมูลเตียงให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบว่ามีจำนวนเตียงและลำดับการรับผู้ป่วย[14] ร่วมกับใช้หลักการบริหารจัดการเตียงตามความเชี่ยวชาญเฉพาะกลุ่มโรคของแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม โดยวิธีการบริหารเตียงแยกตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่มีการวางแผน (elective case) และผู้ป่วยที่ไม่ได้วางแผน (emergency) ดังนี้

• ผู้ป่วยประเภทที่มีการวางแผน (elective case) มีการบริหารจัดการเตียงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดที่มีความจำเป็นต้องเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (post elective surgery) จำนวน 6 เตียงต่อวัน โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 18 ของทั้งหมดจำนวน 33 เตียง สำหรับผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากภายนอกโรงพยาบาล (refer in) จะพิจารณารับเข้าหอผู้ป่วยที่มีจำนวนเตียงว่างของแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องว่างอย่างน้อย 2 เตียง หรือมีจำนวนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนอนนานเกิน 14 วัน ในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น ๆ น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤตแต่ละหอผู้ป่วย เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยระบบการหายใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน มีการใช้ระยะเวลาในการพยาบาลเพิ่มขึ้นและเป็นภาระงานที่หนักสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ[15] โดยจะมีการบริหารจัดการเตียงสำหรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตตามสถานการณ์เตียงว่าง โดยมีการวางแผนล่วงหน้า 1 วัน

• ผู้ป่วยประเภทที่ไม่ได้วางแผน (emergency) จะต้องมีเตียงว่างเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างน้อย 4 เตียงต่อวัน โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 12 ของทั้งหมดจำนวน 33 เตียง เมื่อมีผู้ป่วยอาการฉุกเฉินตามเกณฑ์การรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลหรือแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยปัจจุบันจะประสานงานมายังพยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลเพื่อดำเนินการขอย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยพยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลจัดผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตตามลำดับหอผู้ป่วยที่มีเปอร์เซ็นต์เตียงว่างมากที่สุดเป็นลำดับแรก จากนั้นจะมีการหมุนเวียนไปแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตที่เหลือและที่มีเปอร์เซ็นต์เตียงว่างมากที่สุดในลำดับถัดมา โดยเปอร์เซ็นต์ของเตียงว่างสำหรับรองรับในกรณี emergency case กำหนดเวลาการคิดเปอร์เซ็นต์ในเวลา 14:00 น. ของทุกวัน เนื่องจากช่วงเวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเวลา 8.00-10.00 น. ของทุกวัน ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายใดสามารถจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ และทำให้หอผู้ป่วยวิกฤตมีระยะเวลาสำหรับการความพร้อมสำหรับการรับย้ายผู้ป่วยเข้า โดยการคิดคำนวณจากเปอร์เซ็นต์เตียงว่างจากจำนวนเตียงว่างทั้งหมด/ จำนวนเตียงทั้งหมด x100 ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการหรือกลุ่มโรคดังต่อไปนี้

• กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจหรือผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือมีการทำหัตถการทางด้านหัวใจขั้นสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ผู้ป่วยที่มีเครื่องพยุงหัวใจและระบบไหลเวียนด้วยบอลลูน (Intra-aortic Balloon pump counter Pulsation หรือ IABP) ผู้ป่วยที่มีสายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary Artery Catheter : PAC) เป็นต้น จะมีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยพิเศษวิกฤตหัวใจ SDCCU91 ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือดก่อนในลำดับแรก หากในกรณีที่เตียงของหอผู้ป่วยพิเศษวิกฤตหัวใจ SDCCU91 มีจำนวนผู้ป่วยเต็ม จะมีการบริหารจัดการให้เข้าในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีเปอร์เซ็นต์เตียงว่างมากที่สุด ณ ขณะนั้น

• ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ห้องแรงดันลบ (negative pressure room) จะมีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยให้เข้าที่หอผู้ป่วยวิกฤต SDICU51 หรือหอผู้ป่วยวิกฤต SDICU95 ที่มีห้องแรงดันลบรองรับผู้ป่วย ตามลำดับพิจารณาจากจำนวนเปอร์เซ็นต์เตียงว่างมากที่สุดจะพิจารณาเป็นลำดับแรก

• ผู้ป่วยที่มีภาวะ severe ARDS พิจารณาเข้าที่หอผู้ป่วยวิกฤต SDICU92 เป็นลำดับแรกกรณีเตียงเต็มจะมีการบริหารจัดการให้เข้าในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีเปอร์เซ็นต์เตียงว่างมากที่สุด ณ ขณะนั้น

• กรณีผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยพิเศษและมีอาการแย่ลง มีความจำเป็นต้องย้ายเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จะมีการบริหารจัดการเตียงให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเดิมเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและลดระยะเวลาในการส่งข้อมูลระหว่างหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยวิกฤต และลดระยะเวลาการย้ายผู้ป่วยและได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้เร็วมากขึ้น ในกรณีที่หอผู้ป่วยวิกฤตเดิมที่ผู้ป่วยรักษาเต็ม จะพิจารณาให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ ที่มีเปอร์เซ็นต์เตียงว่างมากที่สุด ณ ขณะนั้น

• พยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลทำหน้าที่สื่อสารการใช้เตียงในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ เมื่อมีอัตราการบริหารเตียงเต็มกำลัง (crisis) กรณีเตียงผู้ป่วยวิกฤตเหลือว่าง ≤ 2 เตียง ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกส่วนทราบ เพื่อให้มีการร่วมวางแผนการจัดการที่เหมาะสมเมื่อมีอัตราการใช้เตียงสูง

บทบาทของพยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลในจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยขั้นตอนหลักสำคัญ 2 ประการที่กล่าวมา ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัย อาการทางคลินิก จัดการผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และการวางแผนจัดการบริหารเตียงที่มีการวางแผนล่วงหน้าเพื่อให้มีเตียงเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการบริหารเตียงผู้ป่วยวิกฤตและตอบสนองได้อย่างรวดเร็วในสถานการณ์จริง

2. บทบาทในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่รับผิดชอบและการประสานงานสหสาขาวิชาชีพ

ในกระบวนการขณะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างรวดเร็วเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยการทำงานร่วมกันกับทีม พยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤตจึงมีบทบาทหน้าที่หลักในการประเมินผู้ป่วยให้ถูกต้องตลอดจนมีการสื่อสาร ให้ข้อมูล และประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีการวางแผน (elective case) ผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดที่ต้องเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (post elective surgery) ผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากภายนอกโรงพยาบาล (refer in) ผู้ป่วยที่นัดรับจากบ้านเพื่อทำหัตถการพิเศษ (admit) ที่ทราบล่วงหน้า พยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลจะทำการสื่อสารข้อมูลการจองเตียงผู้ป่วยวิกฤตไปยังหน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยพิเศษ ห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์เป็นต้น รายละเอียดข้อมูลที่สื่อสารได้แก่

1) ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย : ชื่อ นามสกุล เลขที่ประจำตัวโรงพยาบาล อายุ

2) ข้อมูลด้านการรักษา : การวินิจฉัยโรค หัตถการ หรือการผ่าตัดที่ได้รับ วัน เดือน ปี เวลา ระยะเวลาในการผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้

3) ข้อมูลด้านบริหารเตียง : หอผู้ป่วยหรือสถานที่ต้นทางที่ผู้ป่วยอยู่ หอผู้ป่วยวิกฤตที่จะรับผู้ป่วย จำนวนวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤตโดยประมาณ

โดยจะมีการบริหารจัดการเตียงสำหรับผู้ป่วยให้สามารถเข้าแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีเปอร์เซ็นต์เตียงว่างมาก

ที่สุด ณ ขณะนั้น และมีการแจ้งไปยังทุก ๆ หอผู้ป่วยวิกฤตให้ทราบล่วงหน้า 1 วัน โดยใช้การสื่อสารผ่านระบบ intranet ของโรงพยาบาล หรือมีการเปลี่ยนแปลงหลังจากการสื่อสารผ่านช่องทางดังกล่าวไปแล้ว พยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลโทรศัพท์ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแจ้งข้อมูลเพิ่มเติมอีกครั้ง เนื่องจากการประสานงานใช้การสื่อสารเป็นหลัก ทำให้ทีมได้เรียนรู้ว่า จะใช้กลยุทธ์อย่างไรในสถานการณ์ภายใต้เป้าหมายร่วมกัน[16] เป้าหมายคือทำให้ทีมสามารถทราบสถานการณ์และจำนวนเตียงที่จะสามารถรับผู้ป่วยวิกฤตได้

2.2 ผู้ป่วยที่ไม่ได้วางแผน (emergency) เมื่อมีผู้ป่วยอาการฉุกเฉินตามเกณฑ์การรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตติดต่อผ่านพยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลเพื่อขอใช้เตียงผู้ป่วยวิกฤต หลังจากการรับข้อมูลประเมินอาการ และผ่านขั้นตอนการวางแผนการบริหารเตียงตามเกณฑ์แล้ว พยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลทำหน้าที่ประสานหน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1) รายงานข้อมูลข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยอาการทางคลินิกที่จำเป็นต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ให้กับพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤตที่จัดเข้าตามเกณฑ์

2) รายงานข้อมูลข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยอาการทางคลินิกที่จำเป็นต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ให้กับแพทย์เวชบำบัดวิกฤตที่อยู่ประจำหอผู้ป่วยวิกฤต แพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ

3) แจ้งข้อมูลชื่อ นามสกุล เลขที่ประจำตัวโรงพยาบาล อายุ การวินิจฉัยโรค ให้กับหน่วยรับผู้ป่วยในเพื่อทำการย้ายรายชื่อผู้ป่วยในระบบ Hospital Information System (HIS)

ซึ่งกระบวนการประสานงานในขั้นตอนการรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นกระบวนการที่ต้องจัดการอย่างรวดเร็วและเหมาะสม โดยต้องใช้ทักษะในการตัดสินใจที่รวดเร็วพร้อมกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป้าหมายบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่กำลังอยู่ในภาวะวิกฤต นอกจากนี้บทบาทที่สำคัญอีกหนึ่งประการคือการประเมินสภาพทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยหรือครอบครัวระหว่างการย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยประเมินให้ญาติรับทราบถึงความจำเป็นในการย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังแพทย์ได้อธิบายไว้เบื้องต้น เพื่อให้ครอบครัวรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษา

3. บทบาทในการดูแลและติดตามผู้ป่วยวิกฤต

หลังรับเข้าในหอผู้ป่วยวิกฤตการดูแลและติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากประสานรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลเพื่อให้การบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

3.1 หน้าที่ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยวิกฤตทุกวัน (diary round) หลังจากรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตแล้ว 1 วัน กำหนดให้มีระยะเวลาในการตรวจเยี่ยมรายวันในช่วงเวลา 10.00-11.30 น. ของทุกวัน เป็นการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษต่าง ๆ การบันทึกทางการรักษาของแพทย์ (doctor order and doctor progress note) บันทึกทางการพยาบาล (nurse's note) ทำให้สามารถคาดการณ์สถานการณ์และแนวโน้มเตียงของแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตในแต่ละวันได้ ทราบอัตราการครองเตียงทำให้บริหารจัดการเตียงได้ทันเวลา

3.2 การสื่อสารข้อมูลกับแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น เพื่อให้พยาบาลประสานงานด้านการรักษาทราบอาการและแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายที่ร่วมดูแล ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และร่วมวางแผนในการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยสามัญเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตรายอื่นสามารถเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น โดยมีการคาดการณ์แนวโน้มเตียงของแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนทราบอัตราการครองเตียง การนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สถานการณ์เตียง และนำข้อมูลดังกล่าวสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่มีความจำเป็นต้องทราบข้อมูลการบริหารเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถใช้ข้อมูลในการพิจารณาย้ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. บทบาทในการเป็นผู้ให้ข้อมูล คำปรึกษา และประสานประโยชน์ทางคลินิก

4.1 การให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษา ข้อมูลระเบียบการ และนโยบายของโรงพยาบาลในการรับผู้ป่วยเข้าให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนประสานงานร่วมกับ

ทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แจ้งข้อมูลรายละเอียดการรับผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลต้นทางที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์เวชบำบัดวิกฤตที่อยู่ประจำหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น ให้ข้อมูลการปฏิบัติตนเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และมีช่องทางในการให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดปัญหาหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง มีการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนประสานงานให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยที่บ้าน

4.2 ประสานประโยชน์ด้านการดูแลให้ผู้ป่วยที่รับผิดชอบได้รับการดูแล ทำการติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและได้รับข้อมูลการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประสานประโยชน์ด้านสิทธิการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่รับผิดชอบ ให้ผู้ป่วยได้รับทราบสิทธิประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วยในด้านสิทธิการรักษาของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สรุป

การบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤตโดยพยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลเป็นบทบาทหน้าที่ใหม่ที่มีความสำคัญและมีความท้าทาย เนื่องจากพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่หลักในการบริหารเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งบทบาทหลักของพยาบาลประสานด้านการรักษาพยาบาลที่กล่าวมา จำเป็นต้องมีความรู้และประสบการณ์ทั้งด้านการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก นอกจากนี้ยังต้องมีสมรรถนะและทักษะความสามารถที่จำเป็นหลายด้าน อันได้แก่ ภาวะผู้นำ ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว การทำงานเป็นทีม มีความยืดหยุ่น การเจรจาต่อรอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในทุกกระบวนการ โดยใช้บทบาทของพยาบาลผู้ประสานงานด้านคลินิกตั้งแต่กระบวนก่อนการรับเข้า กระบวนการรับเข้า และกระบวนการหลังรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีเป้าหมายเพื่อบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และการบริหารจัดการเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

References

1. Limumnoilap S, Tumnong C. Critical care nursing. 9th ed. Khon Kaen: Klungnanavittaya Printing Press; 2016. (in Thai)
2. Alsharari AF. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. Patient Prefer Adherence 2019.
3. Borges F, Bernardino E, Stegani MM, & Tonini NS. Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. Revista Brasileira de Enfermagem 2020.
4. Vargas MAO, Peter E, Luz KR, Barlem ELD, Ventura CAA, & Nascimento ERP. Management of bed availability in intensive care in the context of hospitalization by court order. Revista latino-americana de enfermagem 2020.
5. Strategy and Planning Division, Permanent Secretary Offices. Report on Public Health Resource 2022. (in Thai)
6. Makornsarn C, Sangruam S, & Anburi S. Thailand Medical Services Profile 2011-2014. Bangkok: Department of Medical services, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
7. Subsomboon K, Wivatvanit S. A study of clinical nurse leader roles in critical care unit : Regional Hospital and Medical Centers, Ministry of Public Health. Journal of Nursing Division 2019;46(1):92-111. (in Thai)
8. Stelfox HT, Hemmelgarn BR, Bagshaw SM, et al. Intensive Care Unit Bed Availability and Outcomes for Hospitalized Patients With Sudden Clinical Deterioration. Archives of internal medicine 2012;172(6):467–74.
9. J. D. Griffiths, V. Knight, I. Komenda, Bed management in a Critical Care Unit, IMA Journal of Management Mathematics 2013;24(2):137–53.

10. Borges F, Bernardino E, Stegani MM, & Tonini NS. Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73(4):5-8.
11. Komkrit A, & Oumtanee A. A Study of Clinical Nurse Coordinator Roles. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2021;22(2):149-58. (in Thai)
12. Supanam S. Nurse's Role in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2024;25(1): 19-28. (in Thai)
13. Srisuk S, & Oumtanee A. Working As A Clinical Nurse Coordinator In A Private Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(2):149-57. (in Thai)
14. Proudlove NC. The 85% bed occupancy fallacy: The use, misuse and insights of queuing theory. Health services management research 2020;33(3):110–21.
15. Marchioni A, Tonelli R, Sdanganelli A, Gozzi F, L Musaro L, Fantini R, et al. Prevalence and development of chronic critical illness. Pulmonology Journal 2020;26(3)151-8.
16. Sottipolanun S, Role-play Simulations and Guideline to Develop the Professional Competences. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023;24(1):1-9. (in Thai)

บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมในการจัดการความปวดแบบบูรณาการโดยไม่ใช้ยา

The Role of Holistic Nurses in Integrative Non-Pharmacological Pain Management

ขัตติยาพร คนเที่ยง อัชฌา วารีย์* ปรมาภรณ์ นิรมล
Kattiyaporn Konthiang Acha Varee* Poramaporn Niramon
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50000
McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand 50000

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ ที่บ่งบอกถึงความไม่สุขสบายเมื่อมีการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือเป็นสัญญาณเตือนว่ามีอันตรายเกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อของร่างกาย การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนอง การลดความปวด ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาล โดยคำนึงถึงร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่สามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ ในกิจกรรมบรรเทาปวดที่ไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยา ด้วยความใส่ใจ ปลอบโยน ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะปลอดภัย จากความปวดที่เกิดผลกระทบโดยตรงที่การดำเนินชีวิต เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน รบกวนสภาพจิตใจ รวมทั้งการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา สามารถนำการดูแลรักษาแบบบูรณาการมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการนำวิธีของการแพทย์ทางเลือกที่มีหลายวิธีมาประยุกต์ใช้ เช่น ดนตรี สมาธิ สุคนธบำบัด นวด และสมุนไพร ซึ่งเป็นอีกแนวทางที่เป็นความท้าทายบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวม ในการจัดการความปวดด้วยบทบาทอิสระ บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมในการจัดการความปวด ความหมายและประเภทของความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดไม่ใช้ยา โดยใช้แบบบูรณาการ บทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดแบบบูรณาการ และการจัดการความปวดแบบบูรณาการ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลแบบองค์รวม การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลรักษาแบบบูรณาการ

Abstract

Pain is an emotional and sensory experience that indicates discomfort due to tissue damage in the body or serves as a warning sign that danger is occurring to the body's tissues. Effective pain management can respond to pain reduction, which is a role of nurses, taking into account the physical, mental, social, and spiritual aspects. This holistic care can be performed within the professional scope in pain relief activities, combining non-pharmacological methods with medication. By providing care, comfort, and encouragement, patients can feel reassured, which leads to confidence that they will be safe from pain. Pain has a direct impact on daily life, causing discomfort, suffering, and disturbances to mental well-being, as well as affecting the

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

วันที่รับ (received) 9 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 พ.ย. 2567

mobility of various parts of the body. Non-pharmacological pain management can integrate holistic care with conventional medicine, incorporating various alternative medicine methods, such as music therapy, meditation, aromatherapy, massage, and herbal remedies. This represents a challenging approach for nurses to manage pain holistically through independent roles. This academic article aims to present the role of holistic nursing in pain management, including the meaning and types of pain, pain assessment, non-pharmacological pain management using an integrative approach, the role of nurses in integrative pain management, and integrated pain management strategies, to provide information for non-pharmacological pain management.

Keywords: nursing role in holistic management, non-pharmacological treatment, integrative care.

บทนำ

ความปวดเป็นภาวะที่ทำให้รู้สึกไม่สบายและเป็นสัญญาณเตือนถึงการบาดเจ็บหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อของร่างกาย[1] มีผลกระทบทั้งต่อสภาพร่างกายและจิตสังคม ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ความทรมาน ส่งผลต่อจิตใจ และรบกวนการเคลื่อนไหวของร่างกาย[2] องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพลำดับที่ 5 การประเมินและจัดการความปวดจึงเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถบรรเทาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ[3] พยาบาลจึงต้องพัฒนาทักษะและสมรรถนะเชิงวิชาชีพโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสม ปลอดภัย และสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4]

การจัดการความปวดอย่างบูรณาการรวมถึงการผสมผสานกลยุทธ์หลากหลาย เช่น การดูแลรักษาที่ไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่อยู่ในขอบเขตของวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นการบำบัดทั้งทางกายและจิตใจ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลาย การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการบำบัดด้วยกิจกรรมทางกาย การจัดการความปวดที่ไม่ใช้ยานี้เป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยลดความปวดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้

บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมในการจัดการความปวด

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบในการดูแลผู้ป่วยคือ การประเมินและจัดการความปวดที่ยังไม่เต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากพยาบาลจำนวนมากยังขาดความรู้เพียงพอในการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย[5] จึงจำเป็นที่พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสม โดยอาศัยทักษะด้านการพยาบาลในการประเมินและบรรเทาความปวดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

บทบาทของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพมีหลายมิติ โดยพยาบาลสามารถตัดสินใจและใช้ความรู้ในการพยาบาลเพื่อให้การดูแลตรงตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย ทั้งนี้ พยาบาลยังทำงานร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ[6] การดูแลความปวดแบบองค์รวมจึงเป็นหน้าที่สำคัญที่พยาบาลสามารถดำเนินการเองได้ ซึ่งครอบคลุมถึงการประเมินอาการ การบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวกสบาย และความรวดเร็ว

การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมมีหัวใจสำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงมิติอื่น ๆ ของผู้ป่วย โดยต้องคำนึงถึงความเชื่อ วัฒนธรรม และประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล[7,8] บทบาทนี้จึงเป็นการให้ความสำคัญกับทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน แต่ประสานให้แต่ละด้านมีสมดุล ซึ่งสอดคล้องกับการให้บริการที่เน้นการดูแลอย่างครอบคลุม โดยพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินอาการ การวางแผนการรักษา การปฏิบัติการดูแล และการติดตามผลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

การจัดการความปวดนั้น พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจและไวต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด คอยสังเกตและตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดและเพิ่มความสบาย ซึ่งอาจรวมถึงการให้

คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย และการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างใส่ใจ[9] การจัดการความปวดแบบองค์รวมจึงเป็นการสนับสนุนการฟื้นตัวของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตัวเอง การให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็น และการสนับสนุนการใช้วิธีบำบัดพื้นบ้านหรือแบบผสมผสานที่ปลอดภัยและเหมาะสมตามสถานการณ์[10]

จากแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้ส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้และทักษะการดูแลแบบองค์รวมตามมาตรฐานสากล รวมถึงการนำวิธีการทางเลือกต่าง ๆ เช่น ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด สุคนธบำบัด และการนวดมาผสมผสานเข้ากับกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน[11]

ความหมายและประเภทของความปวด

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งในด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก อารมณ์ และปัจจัยทางสังคม ความปวดจึงมีความสัมพันธ์กับความซับซ้อนในการทำงานของร่างกายและอารมณ์ที่เชื่อมโยงกันและกัน[12]

ความปวดยังถือเป็นประสบการณ์การรับรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบุคคล ทำให้แต่ละคนมีลักษณะและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน[13] ซึ่งจากความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความปวดมีความเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สติปัญญา และพฤติกรรม ส่งผลให้การประเมินความปวดต้องครอบคลุมและเชื่อมโยงกับทุกมิติที่เกี่ยวข้อง

จากสถิติในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 51.6 ล้านคนที่ประสบกับอาการปวดเรื้อรัง และในจำนวนนี้มีถึง 17.1 ล้านคนที่ประสบกับอาการปวดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสูง[14]

ประเภทของความปวด

ความปวดสามารถแบ่งประเภทได้หลายแบบตามเกณฑ์ต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการพิจารณาจากส่วนประกอบ สาเหตุ ระยะเวลา และพยาธิสรีรวิทยาของความปวด โดยมีรายละเอียดดังนี้[15,16]

เมื่อแบ่งตามส่วนประกอบ ความปวดสามารถแบ่งออกเป็นสองชนิด ได้แก่ ความปวดจากพยาธิสภาพซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บหรือการทำลายเนื้อเยื่อ และความปวดจากประสบการณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับความทรงจำและอารมณ์ ความรุนแรงของความปวดในประเภทนี้จะขึ้นอยู่กับปัจจัยทางจิตใจ

เมื่อพิจารณาจากระยะเวลา ความปวดจะแบ่งเป็นความปวดเฉียบพลันที่มีระยะเวลาจำกัดและมีสาเหตุชัดเจน เช่น อาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บที่สามารถหายไปเมื่อพยาธิสภาพหาย และความปวดเรื้อรังซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานเกิน 3 เดือน

ในด้านแหล่งที่มาของความปวด สามารถแบ่งออกเป็นสี่ประเภท ได้แก่ ความปวดบริเวณพื้นผิวที่เกิดจากการกระตุ้นภายนอก อาการปวดในอวัยวะภายในหรือเนื้อเยื่อลึก ความปวดจากระบบประสาทที่เกิดจากการทำลายระบบประสาท และความปวดทางจิตใจที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุชัดเจนซึ่งพบในผู้ที่มีความวิตกกังวล

สุดท้าย เมื่อแบ่งตามพยาธิสรีรวิทยา ความปวดสามารถจำแนกได้เป็นสี่ประเภท ได้แก่ Nociceptive pain ที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ Neuropathic pain ที่เกิดจากความผิดปกติในระบบรับความรู้สึก ความปวดผสมซึ่งมีลักษณะของทั้งสองประเภท และ Idiopathic or Psychogenic pain ที่เกิดจากปัจจัยทางจิตใจและสังคม

โดยสรุปแล้ว ความปวดถือเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และมีความสัมพันธ์กับการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย ความปวดเฉียบพลันมักเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 1 เดือน ในขณะที่ความปวดเรื้อรังจะมีอาการที่ยาวนานเกิน 3 เดือน การจัดการความปวดจึงต้องประเมินความรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้การรักษามีผลลัพธ์ที่ดี

การประเมินความปวด

การประเมินความปวด (Pain assessment) เป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวดที่ผู้ป่วยประสบ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ และทีมการรักษาพยาบาล การประเมินความปวดสามารถบ่งชี้ความสำคัญและความเร่งด่วนของการรักษา รวมถึงมีผลต่อการเลือกใช้ยาในการบรรเทาอาการปวด[17]

การประเมินความปวดมีหลายวิธี และการประเมินความรุนแรงของความปวดถือเป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความปวดของตนเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง เช่น ในกรณีที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารได้ ทีมการรักษาสามารถใช้การสังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยมาเป็นแนวทางในการประเมิน

ในบทบาทของพยาบาล การให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวดแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรอธิบายขั้นตอนการประเมิน โดยเริ่มจากการแสดงเครื่องมือที่ใช้และอธิบายวัตถุประสงค์ของการใช้ จากนั้นทำความเข้าใจกับแนวคิดของความปวด ทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยทดลองใช้เครื่องมือเพื่อระบุระดับความปวด สุดท้ายร่วมตั้งเป้าหมายในการจัดการความปวดโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการที่เหมาะสม[17,18]

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความปวดมีสี่แบบ ได้แก่ 1) Numeric Pain Rating Scale (N): ใช้สำหรับผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจและประเมินความปวดเป็นตัวเลข เช่น ผู้ใหญ่หรือเด็กที่อายุมากกว่า 6 ปี 2) Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (F): ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารเป็นตัวเลขได้ เช่น เด็กเล็ก 3) Behavior Pain Scale (BPS): เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกระดับความปวดได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยวิกฤต และ 4) Critical Care Pain Observation Tool (CPOT): ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต[18]

การประเมินความปวดอย่างถูกต้องและเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพในการจัดการความปวดของผู้ป่วย

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแบบบูรณาการ

การจัดการความเจ็บปวดตามแนวทางของดอดด์และคณะ[19] เชื่อว่าบุคคลสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีการรับรู้ถึงความผิดปกติในร่างกาย โดยคนจะทำการประเมินระดับความรุนแรงของอาการและหาวิธีในการจัดการเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้นจนกว่าจะดีขึ้น โดยมโนทัศน์หลัก 3 ประการ ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ วิธีการจัดการความเจ็บปวด และผลลัพธ์จากการจัดการอาการ ทั้งสามมโนทัศน์นี้มีความสัมพันธ์กันและช่วยให้บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเข้าใจถึงความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยประสบได้ดีขึ้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้นสำหรับผู้ป่วย[20]

ตามแนวทางในการดูแลรักษาแบบบูรณาการนั้นมีหลากหลายวิธีการที่มีฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด โดยให้ความสำคัญกับบุคคลเป็นศูนย์กลาง นโยบายการนำการแพทย์ทางเลือกมาใช้ร่วมกับการรักษาเป็นภูมิปัญญาที่มีคุณค่า ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาที่มีราคาแพง แต่ละประเทศมีแนวทางการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่แตกต่างกันไป ตามประสบการณ์ ความรู้ และความเชื่อของบุคคล[21]

การจัดการความเจ็บปวดนั้นหมายถึงการบรรเทาหรือทำให้ความเจ็บปวดลดน้อยลงด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะความเจ็บปวดของผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา[18] ในปัจจุบัน การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยการแพทย์ทางเลือกได้รับความสนใจมากขึ้นทั่วโลก โดยนำมาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกในปี พ.ศ. 2557-2566 โดยเน้นไปที่การรักษาทั้งสองประเภท คือ การรักษาที่ใช้ยา เช่น สมุนไพร และการรักษาที่ไม่ใช้ยา เช่น ดนตรี สุคนธบำบัด การนวด สมาธิบำบัด และการใช้สมุนไพร[22]

การจัดการความเจ็บปวดในรูปแบบที่บูรณาการนั้นมีหลายวิธีการ โดยเริ่มต้นจากการที่ร่างกายรับรู้ถึงการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดในบริเวณที่มีปัญหา กลไกความเจ็บปวดทำงานตามทฤษฎีการควบคุมประตู จะมีการหลั่งสารเคมีที่ทำหน้าที่เป็นตัวนำสัญญาณประสาทส่งไปยังไขสันหลัง ซึ่งมีระบบควบคุมสัญญาณความเจ็บปวด (SG cell) อยู่ เมื่อสัญญาณความเจ็บปวดถูกส่งไปยังไขสันหลังจากเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (A delta and C fibers) จะกระตุ้นให้ประตูเปิด สัญญาณความเจ็บปวดจะส่งไปถึงสมองทำให้รู้สึกเจ็บปวด แต่ถ้าเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ถูกกระตุ้นจะทำให้ประตูปิด ซึ่งจะยับยั้งหรือชะลอสัญญาณความเจ็บปวดไม่ให้ส่งไปถึงสมอง มนุษย์จึงไม่รู้สึกเจ็บปวด[23] การเปิดและปิดประตูที่ไขสันหลังขึ้นอยู่กับกลไกการคิด เนื่องจากกลไกการทำงานของการคิดส่วนกลางสามารถควบคุมการทำงานของประตูได้ โดยสามารถสั่งการให้ประตูปิดได้ผ่านการส่งสัญญาณไปยังเส้นใยประสาทขนาดใหญ่เพื่อยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ เช่น ในกรณีที่มีความเครียดทำให้มีความสนใจต่อความเจ็บปวดมากขึ้น จึงรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น เพราะใน

สภาวะนั้นกลไกการทำงานของการคิดส่วนกลางไม่สามารถสั่งให้ประตูปิดได้ และการหลั่งสารเอนดอร์ฟินที่สร้างจากต่อมพิทูอิทารีย์จะเกิดขึ้นในช่วงที่รู้สึกผ่อนคลายอย่างเต็มที่ สารนี้จะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทในไขสันหลัง ส่งผลให้หยุดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการใช้ยามอร์ฟีนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด[24]

การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพควรดำเนินการในทุกด้านของการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านการป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะที่สมดุลตามภาวะสุขภาพ[25] พยาบาลควรนำความรู้ในการใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ทางเลือกมาใช้เพื่อลดอาการปวด ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และการติดขัดของข้อต่อ รวมถึงการใช้สมุนไพร การนวด การอบสมุนไพร และการประคบสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยซึ่งช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิต ช่วยให้ร่างกายขนส่งออกซิเจนและขับของเสีย กรดแลคติกออกจากบริเวณที่เป็นสาเหตุของความเจ็บปวด[26] นอกจากนี้การบำบัดด้วยดนตรียังสามารถช่วยลดความเจ็บปวด ทำให้การใช้ยาแก้ปวดลดลง[27]

บทบาทของพยาบาลจัดการความปวดแบบบูรณาการ

การรักษาแบบบูรณาการคือการรวมกลยุทธ์การดูแลสุขภาพจากหลากหลายศาสตร์เข้าด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์ดั้งเดิม องค์ประกอบหลักที่ทำให้เกิดการผสมผสานนี้ ได้แก่ ความร่วมมือระหว่างสาขาต่าง ๆ และการประสานงานในระดับที่สูง[28]

ในปัจจุบัน ความตระหนักในการใช้วิธีการรักษาโรคและการป้องกันโรคที่อยู่นอกเหนือจากกรอบของการแพทย์แผนปัจจุบันได้เพิ่มขึ้น โดยมองในมุมมองแบบองค์รวมในฐานะของ “การเสริมซึ่งกันและกัน” ภายในระบบการแพทย์ทางเลือก หนึ่งในภารกิจของพยาบาลจึงคือการบูรณาการการแพทย์ทางเลือกเพื่อการจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย มีวิธีการรักษาที่หลากหลาย เช่น การนวด การประคบสมุนไพร และการสักยา ซึ่งทั้งหมดนี้ได้รับการรับรองตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2562[29]

นอกจากนี้ ยังมีวิธีการรักษาอื่น ๆ เช่น การใช้เสียงเพลงคลาสสิกควบคู่กับยาแก้ปวดไอบูโพรเฟน ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดอาการบวมได้มากกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว[30] นอกจากนี้การฟังดนตรียังช่วยให้ผู้เข้ารับการผ่าตัดรู้สึกสงบและลดความวิตกกังวล[31] ดนตรีสามารถมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยกระตุ้นศูนย์ควบคุมการให้รางวัลในสมอง ส่งผลให้เกิดความผ่อนคลาย[32] จากการศึกษายังพบว่าการใช้ดนตรีบรรเลงในขณะทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาสงบ จะมีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ[33]

การทำสมาธิบำบัดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่พบว่าช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายได้ โดยการทำสมาธิแบบ SKT1 และ SKT2 มีผลกระทบต่อเส้นประสาทสมองคู่ต่าง ๆ ช่วยลดความตึงเครียดในกล้ามเนื้อ และในอีกการศึกษาหนึ่ง[34] พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดจะมีระดับความเจ็บปวดที่ลดลงหลังการผ่าตัด ทั้งในช่วงเวลา 18 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และยังพบว่าผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ฟังโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายระหว่างรอผ่าตัดคลอดก็มีระดับความวิตกกังวลและความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[35]

การใช้การประคบเย็นในการจัดการความเจ็บปวดเป็นวิธีที่ไม่มีการใช้ยาและเป็นการดำเนินการที่พยาบาลสามารถทำได้เอง[36] อธิบายได้ด้วยทฤษฎีกลไกการควบคุมประตู (Gate control theory) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความเย็นช่วยลดการหลั่งสารเคมีที่กระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด เช่น ฮีสตามีน และกรดแลคติค โดยการประคบเย็นที่อุณหภูมิ 10-15 องศาเซลเซียส นานประมาณ 10-20 นาที[37]

การจัดการความเจ็บปวดในรูปแบบบูรณาการมีหลายวิธีที่สามารถช่วยลดความสนใจต่อความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา เช่น การนวด การประคบเย็น การใช้ดนตรี และการทำสมาธิ ที่สามารถลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[38]

การดูแลรักษาความเจ็บปวดแบบบูรณาการ ควรมีความปลอดภัยและคุ้มค่ามากกว่าการรักษาแบบเดิม โดยประสบความสำเร็จได้จากปัจจัยต่าง ๆ เช่น 1) การทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์และนักวิจัยจากหน่วยบำบัดความเจ็บปวด 2) การมีมาตรฐานการรักษาที่ชัดเจน 3) การพัฒนาหลักฐานที่มีคุณภาพเพื่อสนับสนุนการบูรณาการ และ 4) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัด[39]

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้การจัดการความปวดแบบบูรณาการ

การจัดการความปวดแบบบูรณาการ (Integrative

approach to pain management) เกิดจากการผสมผสานหลายศาสตร์ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะผสมผสานการจัดการความปวดด้วยยาระงับปวดควบคู่ไปกับการใช้เทคนิควิธีที่หลากหลาย เช่น ดนตรีบำบัด สุคนธบำบัด สมาธิบำบัด นวด หรือสมุนไพร

ตารางตัวอย่างการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแบบบูรณาการ เพื่อพยาบาลนำไปประยุกต์ใช้

วิธีการจัดการความปวดแบบบูรณาการ	การนำไปประยุกต์ใช้การพยาบาล	กลไกการทำงานกรรมวิธีแบบบูรณาการ
ดนตรีบำบัด เป็นการจัดการความปวดที่ไม่ใช้ยา มีผลต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณดนตรีช่วยลดกังวล เครียด ลดปวด[27,40]	**วิธีการนำไปใช้** โดยเลือกใช้ดนตรีในความดัง เสียงระดับ 60-90 เดซิเบล เพื่อช่วยผ่านคลายความเจ็บปวด ใช้ความถี่ระหว่าง 4 Hz –10 Hz จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงแหลม หรือเร่งเร้า เสียงดนตรีนุ่มพลิ้ว ดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลเป็น Live music ผู้ฟังควรมีส่วนร่วม เปิดให้ฟังครั้งละประมาณ 20-30 นาที วันละ 2 ครั้ง	**กลไกการทำงาน** โดยมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติกระตุ้น ต่อมพิทูอิตารีให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์ ในการบรรเทาความรู้สึกเจ็บปวดโดยธรรมชาติ สารจะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทในไขสันหลัง ซึ่งจะมีผลต่อการหยุดการส่งสัญญาณความปวดมาที่สมอง ซึ่งจะสอดคล้องยามอร์ฟิน
สุคนธบำบัด การใช้น้ำมันหอมระเหยที่สกัดจากธรรมชาติบำบัดร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และความปวด[41]	**วิธีการนำไปใช้** โดยใช้น้ำมันหอมระเหยที่มีความเข้มข้นร้อยละ 100 จำนวน 5 หยดในน้ำ 5 มิลลิตรต่อชั่วโมง เติมทุกชั่วโมงจนกว่าจะสามารถบรรเทาความปวด	**กลไกการทำงาน** โดยการรับรู้กลิ่นผ่านเส้นประสาทรับกลิ่นไปยังสมองส่วน Limbic และ Amygdala จะส่งผลต่อการตอบสนองด้านอารมณ์ทำให้เปลี่ยนแปลงการรับรู้ความปวด บรรเทาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดความวิตกกังวล
นวดบำบัด โดยใช้ศิลปการนวดตนเองของมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.) มูลนิธิพัฒนาการแพทย์ไทย (มพท.)[42]	**วิธีการนำไปใช้** การนวด ใช้เวลาครั้งละ 30นาที/วัน ประกอบด้วย 1) ท่าที่ใช้ในการนวด 2) การวางนิ้วและมือ ณ ตำแหน่งที่ จะนวดลงน้ำหนักไปตามแขนสู่นิ้วหัวแม่มือ 3) ขนาดของแรงที่ใช้นวด ควรเริ่มจากการใช้แรงเบา ๆ 4) ระยะเวลาที่ใช้นวด ผู้นวดต้องกำหนดการนวดแต่ละจุดเป็นคาบ 5) ตำแหน่งที่นวด	**กลไกการทำงาน** เป็นการกระตุ้นใยประสาท เอเบต้า ซึ่งส่งสัญญาณประสาทได้เร็วกว่าใยประสาทซี ดังนั้นสัญญาณประสาทจากเอเบต้าจะไปยับยั้งสัญญาณความปวดที่ไขสันหลังทำให้ประตูควบคุมปิด สัญญาณความปวดจึงไม่สามารถถูกส่งขึ้นไปยังสมอง ทำให้สมองไม่รับรู้สัญญาณความปวด เกิดความสุขสบายกาย และพึงพอใจ
สมาธิ การจัดการความเจ็บปวดด้วยการเจริญภาวนา จากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองที่เปลี่ยนจากภาวะของการตื่นตัวแบบเครียด สู่ภาวะการตื่นตัวรับรู้แบบที่พร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ลดการเร้าทางอารมณ์[7]	**วิธีการนำไปใช้** **สมถะสมาธิ** คือ การเพ่งอยู่ในอารมณ์ใด อารมณ์หนึ่ง เพื่อให้เกิดความสงบเยือกเย็นในอารมณ์นั้น **วิปัสสนาสมาธิ** ที่ต้องเอาสติเข้าไปรับรู้อยู่กับสภาวะที่เกิดขึ้นในขณะเกิดความรู้สึกปวดอย่างแท้จริงตามสิ่งที่ปรากฏ	**กลไกการทำงาน** โดยสมาธิทำให้มีการลดระดับกรดแลคติค และระดับคอร์ติซอลในเลือด มีผลต่อระบบสรีรวิทยาช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีผลไปลดการเร้าทางอารมณ์และการรับรู้ในระดับสมองและส่งผลลงมาควบคุมความปวดโดยปิดประตู ในระดับไขสันหลัง ทำให้ไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิติคที่สมองไฮโปธาลามัส
สมุนไพร กลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูกตามบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2564 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1ยาแผนไทยสำหรับ รับประทาน ประกอบด้วย 6 ชนิด เช่น ยาสหัศธารา ยากษัยเส้น ยาผสมเถาวัลย์เปรียง และ ยาสำหรับใช้ภายนอกมี 2 ชนิด เช่นยาขี้ผึ้งไพล ยาประคบ กลุ่มที่ 2 ยาที่พัฒนาจากสมุนไพร[43]	**วิธีการนำไปใช้** **สหัศธารา** เป็นหนึ่งในตำรับยาสมุนไพรยารักษาอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นยาตำรับรสร้อน **สรรพคุณ** แก้อาการ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้ออักเสบ **ขนาดและวิธีใช้** รับประทานครั้งละ 1 – 1.5 ก. วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร **ข้อห้ามใช้** ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้ที่มีใช้ **ครีมจากสารสกัดตำรับสหัศธาร** ทายาบริเวณรอบที่มีอาการปวด **ขนาดและวิธีใช้** วันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ซอง (2 กรัม) เช้า กลางวัน และเย็น	**กลไกการทำงาน** สมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบในตารับนี้มีฤทธิ์ด้านการอักเสบทั้งการอักเสบเฉียบพลันและการอักเสบเรื้อรัง สามารถบรรเทาอาการปวด โดยไม่ทำให้เกิดความเป็นพิษต่อตับและไต

บทสรุป

บทบาทของพยาบาลในแนวทางการดูแลแบบองค์รวมในการจัดการความเจ็บปวดถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยพยาบาลสามารถใช้วิธีการที่หลากหลายในการจัดการความเจ็บปวดร่วมกับการรักษาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ ความเจ็บปวดสามารถบรรเทาลงได้ด้วยการวางแผนการจัดการที่ผสมผสานทั้งการใช้ยาและวิธีการที่ไม่ใช้ยา รวมถึงการสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบำบัด เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ จะทำให้ความสนใจต่อความเจ็บปวดลดน้อยลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

การทำสมาธิและการฟังดนตรีเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยลดความสนใจต่อความเจ็บปวด ส่งเสริมให้เกิดความสงบและความผ่อนคลาย โดยทำให้สมองหลั่งสารสื่อประสาทเอ็นโดรฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารที่ช่วยลดความเจ็บปวดและเพิ่มความรู้สึกมีความสุข

ข้อเสนอแนะจากบทความเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดนั้นรวมถึงการใช้ยาให้สอดคล้องกับคำสั่งของแพทย์ และการใช้วิธีที่ไม่ใช้ยา ซึ่งพยาบาลสามารถฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะในศาสตร์ที่หลากหลาย เพื่อที่จะนำมาบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพในลักษณะองค์รวม ภายใต้ความรู้วิชาชีพพยาบาลเพื่อตอบโจทย์ความต้องการในระบบสุขภาพที่ยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

References

1. McGuire LL. Pain: The fifth vital sign. In Ignatavicius DD, Workman ML, Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care. 6th ed. (p.35-61) Saint Louis:Saunders Elsevier; 2010.
2. Kumar KH, & Elavarasi P. Definition of pain and classification of pain disorders. Journal of Advanced Clinical & Research Insights. 2016;3(3):87-90.
3. Ngamkham S, Krutchan N, Sawangchai J, Wattanakul B, Chidnaee S, & Keawchom R. Knowledge of pain assessment and management of Thai nurses. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(1):81-9. (in Thai)
4. Rossukhumalchat J, & Chenchob P. Development A Pain Management Guideline in Somdejphra-jaotaksinmaharaj Hospital. Chiangrai Medical Journal. 2024;13(1):239–52. (in Thai)
5. Sombutyanuchit T, Binya N, & Sungkaew S. Surgical Pain Management in Songkhla Hospital: Problems in Nursing Practice, Patient's Needs. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016;3(1):77–94. (in Thai)
6. Supranee S, & Wannapha P. Basic Nursing: Concepts and Practices. Banhkok:Jutthong Company Limited; 2020. (in Thai)
7. Pommala W, Khamsimbat N, Tunukoon S, Wongsaree C, & Yuenyong N. Pain Management Through Prayer. Pathumthani University. 2021;13(2):574-84. (in Thai)
8. Hatthakit U, & Chukumnerd P. Factors Related to Integration of Eastern Wisdom into Nursing Practice. Songklanagarind Journal of Nursing. 2015;35(Special Articles):1-14. (in Thai)
9. Chaiyasit Y. Application of Functional Health Patterns for Holistic Nursing with Evidence-based Practices. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division. 2013; 31(2):100–10. (in Thai)
10. Saeangchai J, Piyasut C, & Kaewkulpat S. Multimodal Pain Management: Goal setting for Postoperative Pain. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2019; 11(2):161–71. (in Thai)
11. Nawai A, & Phongphanngam S. Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A Systematic review. Boromrajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2019;11(1):1-25. (in Thai)

12. Nicholas MK. The biopsychosocial model of pain 40 years on: time for a reappraisal?. Pain. 2022;163(1):3-14.
13. Samaraee AA, Rhind G, Saleh U, & Bhattacharya V. Factor contributing to poor-operative abdominal pain management in adult patients. Surgeon. 2010;8(3):151-8.
14. Rikard SM, Strahan AE, Schmit KM, & GuyJr GP. Chronic pain among adults-United States, 2019-2021, Morbidity and mortality weekly report. 2023;72(15):379-85.
15. Macintyre PE, Scott DA, Schug SA, Visser EJ, & Walker SM. Acute Pain Management: Scientific Evidence 3rded. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. 2014.
16. McCaffery M, & Pasero C. Pain Clinical Manual. St. Louis:Mosby; 1999.
17. Niruthisard S, Thasapradit P. Essential knowledge in pain management. Bangkok:Amarin Printing & Publishing; 2020. (in Thai)
18. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, Thai Association for the Study of Pain. Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management. 2022;46(2):6-12. (in Thai)
19. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, & Taylor D. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 2001;33(5):668-76.
20. Bunsanong T, Hirunchunha S, Nagsuwan P, Rattanapan K, & Jumpeepan W. Pain and Pain Management in Cesarean Section under General Anesthesia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):393-401. (in Thai)
21. Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, Bonakdar R, Simmons S, Glick R, Ratner E, Lemmon RL, Wayne P, & Zador V. Evidence-based integrative pain management for chronic pain: The role of comprehensive integrative medicine. Pain Medicine. 2018;19(12):2456-71.
22. Lindquist R, Tracy MF, & Snyder M. Complementary and Alternative Therapies in Nursing. 8thed. New York:Springer Publishing Company; 2018.
23. Sangtongrungcharoen P, & Ngamkham S. Pain Management in Labor Based on the Neuromatrix Theory. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2019; 25(2):1-12. (in Thai)
24. Leaungsomnapa Y, & Ngamkham S. Attention to pain. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2013; 30(1):83-93. (in Thai)
25. Phakdeechanuan K, Lanwong T, & Chukumnerd P. Integration of Eastern Wisdom into Nursing Practice among Nursing Students. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022; 42(2):34–47. (in Thai)
26. Kumfu S, Thammachai A, Parasin N, Poncumhak P, Srithawong A, Apanta WT, Seeharach K, & Manoi P. A Comparison Study between the Effects of Thai Herbal Steam and Conventional Steam on Pain Scale, Back and Leg Flexibility in Person with Low Back Pain. Srinagarind Medical Journal. 2018;33(1):64-70. (in Thai)
27. Intarakaew C. Music Therapy and Ritual Sounds as Deep Healing Music. Journal of Fine and Applied Arts, Khon Kaen University. 2022; 14(2):300–18. (in Thai)
28. Chiaramonte D, Morrison B, & D'adamo C. The integrative approach to pain management. In: BenzonH, Rathmell J, Wu C, Turk D, Argoff C, Hurley R, editors. Practical Management of Pain. 6 thed. Philadelphia:Elsevier; 2022.
29. Notification of the Local Healers Committee on the Characteristics, Types, or Methods of Thai Traditional Medical Wisdom. Royal Gazette. 2019;136(222):24-9. (in Thai)

30. Bulaj G, Kious BM, Groom L, Radaideh M, Borckardt JJ, Mendez I, et al. Music-enhanced analgesia and antiseizure activities in animal models of pain and epilepsy. Front Neurol. 2019;10:(1).:1-10.
31. Kühlmann AYR, de Rooij A, Kroese LF, van Dijk M, Hunink MGM, & Jeekel J. Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. British Journal of Surgery. 2018;105(7):773-83.
32. Boonbai S. Music Therapy. Journal of Humanities and Social Sciences Uttaradit Rajabhat University. 2017;4(1):1-6. (in Thai)
33. Satipasert W, & Yeekian C. The Effects of Music on Pain of Patients Receiving Colonoscopy without Sedation. Thai red cross nursing journal. 2022;15(1):50–63. (in Thai)
34. Khongpraphan C, Mueagmo P, & Sarnmani K. The effects of meditation SKT1, 8 on postoperative pain after abdominal hysterectomy or ovarion surgery at Gynecological unit of Phrae hospital. Phrae Medical Journal and Clinical Sciences. 2023;31(1):86–98. (in Thai)
35. Somphet S, & Noonart T. Effects of Training with a Simple Relaxation Music and Meditation Program on the Level of Anxiety of Pregnant Women while Waiting for a Cesarean Section. Thai Journal of Public Health and Health Education. 2024;4(2):1-15. (in Thai)
36. Anantayot P. The Effect of Cold Gel Pack Application on Pain Reduction and Patient Satisfaction After Nascal Cavity and Sinus Surgery. Thammasat University Hospital Journal Online. 2021;6(3):48-51. (in Thai)
37. Thepphabutra A, & Subbalekha K. Satisfaction of Oral Surgical Patients with Cold Compression Using Temperature-maintaining Gel. Thai Red Cross Nursing Journal. 2016;9(2):119-31. (in Thai)
38. Pongwachararak S, & Chokevivat V. The Concept of Stress Management in Thai Traditional Medicine. Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine. 2019;17(2):239–52. (in Thai)
39. Bernard P, Romain AJ, Caudroit J, Chevance G, Carayol M, Gourlan M, Needham Dancause K, & Moullec G. Cognitive behavior therapy combined with exercise for adults with chronic diseases: Systematic review and meta-analysis. Health Psychol. 2018;37(5): 433-50.
40. Mookdamuang A, & Yuenyung N. Guideline for Creating Music for Occupational Therapy. Journal of Fine and Applied Arts. Chulalongkorn University. 2023;10(1): 166-79. (in Thai)
41. Jaipakdee K, Nateetanasombat K, & Punthasee P. The effect of postoperative pain management program by using aromatherapy and music therapy in postoperative patients with open reduction internal fixation of leg. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2020;2(2): 54-68. (in Thai)
42. Sirikamonsathian B, & Skuntaniyom A. Effects of Self-Massage on Pain Among Elders in Rimklong Lorlae Community, Khannayao District. Songklanagarind Journal of Nursing. 2018;38(3):92-101. (in Thai)
43. Suakitiikul T, Pongcharoen B, Itharat A, Ruangnoo S, Kanokkangsadal P, & Lertdamrongdej T. Effectiveness and Safety of Sahastara Extract Cream for Knee Pain in Patients with Primary Osteoarthritis: a Pilot Study. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2020;12(4): 1219-27. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้การสาธารณสุขระบบทางไกล ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้

Effects of Self-Regulation Program on Self-Management Behaviors using Telehealth in Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus

อวัสดา วสุริย์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์* ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ประเสริฐ อัสสันตชัย**
Awasda Vasuri** Virapun Wirojratana* Doungrut Watanakijkrilert Prasert Assantachai
มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Mahidol University, Bangkoknoi Bangkok, Thailand, 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ที่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช และชุมชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการกำกับตนเองใช้เวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้การสาธารณสุขระบบทางไกลผ่านแอปพลิเคชันซูม สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ที่ 3 5 7 9 และ 11 สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคสแควร์ สถิติทดสอบทีและสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมการกำกับตนเองโดยใช้การสาธารณสุขระบบทางไกลผ่านแอปพลิเคชันซูม ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการกำกับตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้, การสาธารณสุขระบบทางไกล

Abstract

This randomized controlled trial aimed to study the effects of self-regulation program on self-management behaviors in older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. A total of 40 study participants who received treatments at primary care units at Siriraj Hospital and nearby community, Bangkok, Thailand were recruited according to inclusion criteria and randomly assigned to control and experimental groups, 20 study participants per group. The experimental group received normal nursing care and the

Corresponding author *Email: virapun.wir@mahitlo.ac.th
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 19 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ก.ย. 2566

self-regulation program covered 12 weeks by using telehealth via ZOOM application in weeks 1 and 2, and had follow-up telephone visits in weeks 3, 5, 7, 9, and 11. The control group received normal nursing care. The pretest and posttest assessments of self-management behaviors of older adults with type 2 diabetes mellitus was conducted in weeks 1 and 12. Chi-square Test, T-Test, and ANCOVA were used for data analysis.

The results showed that before the self-regulation program took place, the mean scores of self-management behaviors in the control and experimental groups were not different. After the self-regulation program was completed in week 12, the mean score of self-management behaviors in the experimental group was significantly higher than the mean score in the control group ($p < .05$). The results suggest that self-regulation program by using telehealth via ZOOM application could help older adults with uncontrolled type 2 diabetic mellitus to improve self-management behaviors.

Keywords: Self-Regulation Program, Self-Management Behaviors, Older Adult, Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus, Telehealth

บทนำ

ปัจจุบันประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562-2563 ความชุกของเบาหวานในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60-69 ปีมีร้อยละ 18.6 ในผู้ชายและร้อยละ 22.3 ในผู้หญิง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาแต่ยังควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ (FPG >130 มก./ดล.) มีร้อยละ 44.8[1] ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักพบกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ร่วมด้วย ทำให้เกิดความซับซ้อนในการจัดการ ควบคุมและดูแลรักษา หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง นำไปสู่ความพิการและเสียชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ครอบครัว และเศรษฐกิจรวมทั้งประเทศชาติ[2]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง[3] และแรงสนับสนุนทางสังคม[4] นักวิจัยจึงนำปัจจัยเหล่านี้มาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 จำนวน 52 ราย รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ตามกรอบแนวคิดของลอริก[5] ประกอบด้วย การสอนและให้ความรู้ ประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ ฝึกทักษะและการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จัดกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] และการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล 25 คู่ โดยพัฒนาโปรแกรมจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)[7] ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] เช่นกัน

แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Integrated Theory of Health Behavior Change: ITHBC)[9] สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเชื่อว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถส่งเสริมโดยการให้ความรู้และความเชื่อ การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยส่งเสริมทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้ทฤษฎีดังกล่าว ในกลุ่มตัวอย่าง 54 คน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร

โดยใช้ plate method และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ จัดกิจกรรมบรรยายแบบ face-to-face พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดียิ่งขึ้น[10]

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย มีผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลลดลง อีกทั้งโรงพยาบาลจำเป็นต้องลดการให้บริการตรวจรักษา ทำให้ไม่สามารถพบแพทย์ตามกำหนด และต้องดูแลตนเองที่บ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมไม่ได้ และอาจมีภาวะแทรกซ้อนตามมา[11] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งลักษณะของโปรแกรมมีความซับซ้อนและใช้ระยะเวลา 12-16 สัปดาห์ ในการนำโปรแกรมไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลักษณะของโปรแกรมเป็นแบบการบรรยายเรียนรู้แบบเผชิญหน้า (face-to-face) อย่างไรก็ตามทฤษฎี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน ไม่มีความซับซ้อนในการประยุกต์ใช้และใช้เวลาการดำเนินโปรแกรมน้อยกว่า และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เช่นกัน[10] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎี ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยใช้การสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth) ผ่านแอปพลิเคชันซูม เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ชะลอและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมทั้งลดการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ทั้งระหว่างการเดินทางหรือการติดเชื้อจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล[12] ทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้

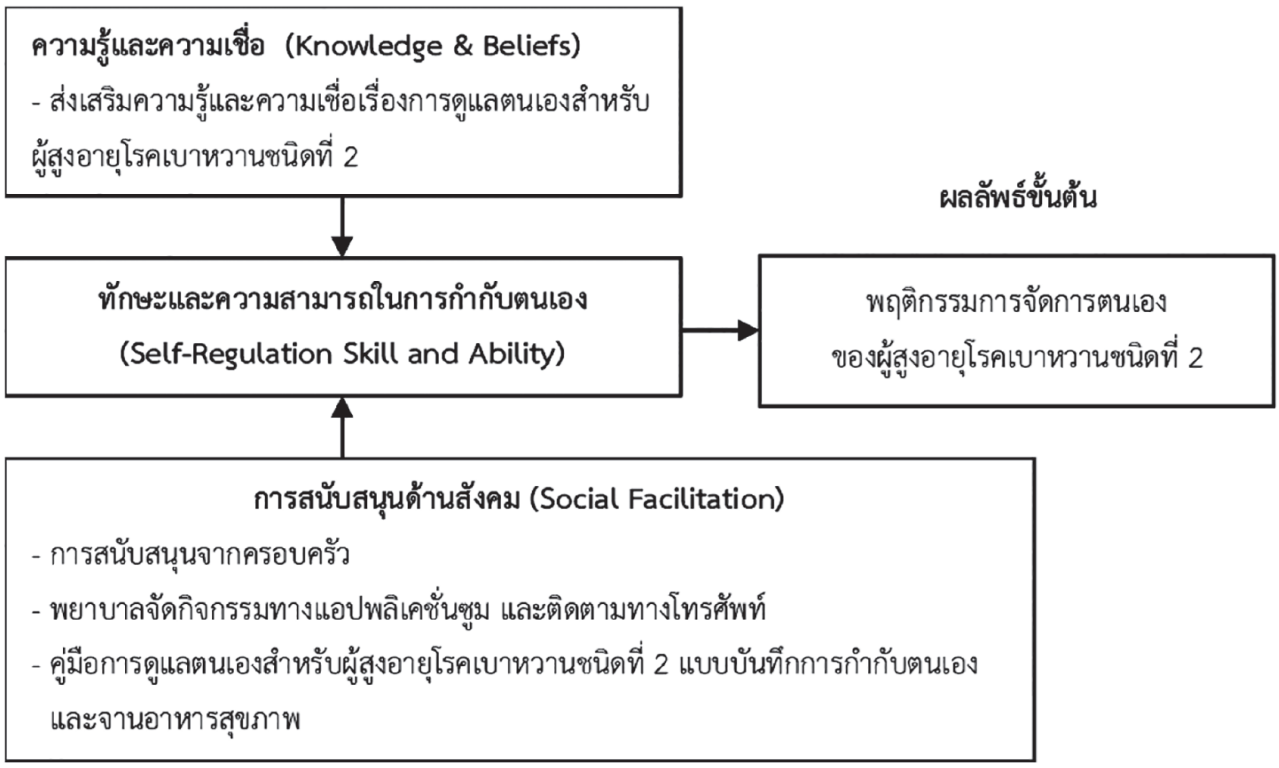
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Integrated Theory of Health Behavior Change : ITHBC)[9] เชื่อว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำได้โดยการส่งเสริมความรู้และความเชื่อ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพนั้น ผู้วิจัยนำทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการกำกับตนเอง ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้และความเชื่อเรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง และให้การสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีผลลัพธ์ขั้นต้นคือพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized controlled trial) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำวัดผลก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราชและในชุมชน กรุงเทพมหานคร

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) 1-β เท่ากับ .80 ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ โดยค่า α (Alpha) เท่ากับ .05 ค่า Effect size d = 0.8 – 1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 17-21 คน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบบล็อกสุ่มสมบูรณ์ (Randomized Complete Block Design) จัดตารางเลขสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ผู้วิจัยคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งล่าสุดมากกว่า 8.0% หรือ ระดับน้ำตาลหลังอาหารมากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (MoCA ≥ 26 คะแนน) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q ≤7 คะแนน) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ADL ≥12 คะแนน) มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะซึมเศร้า สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทย มีอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกที่สามารถรองรับแอปพลิเคชันซูม อย่างน้อย 1 เครื่อง/ครอบครัว และสามารถใช้ Smart Phone/ Google Form/ LINE ได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนขั้นวิกฤติ และผู้ที่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวาน (น้อยกว่า 1 ปี)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment) เพื่อประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่อง แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถาม

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามชนิดให้เลือกตอบและเติมคำตอบ

2. แบบประเมินกิจกรรมการดูแลตนเอง ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน[13] (The Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและผ่านกระบวนการแปรย้อนกลับ ข้อคำถามเป็นการถามการปฏิบัติกิจกรรมในช่วง 7 วันที่ผ่านมา มี 19 ข้อ แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

3. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นเครื่องมือวิจัย[3,13] ข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านสุขอนามัยและการดูแลเท้า ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก คะแนนเต็ม 35 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือวิจัย[3] ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีข้อคำถาม 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-90 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบประเมินกิจกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .89 .75 และ .93 ตามลำดับ

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมการกำกับตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน[9] กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวสนับสนุนผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง ส่งเสริมทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง การติดตามทางโทรศัพท์ ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ มอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จานอาหารสุขภาพ และแบบบันทึกการกำกับตนเอง ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ปรับแก้ตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ทดลอง

การพิทักสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA Si 379/2021 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2564 Thai Clinical Trials Registry เลขที่ TCTR20211021006

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยเมื่อผู้สนใจตกลงเข้าร่วมการวิจัย

2. สำหรับกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นเข้ากลุ่ม LINE Official เพื่อนัดหมายการทำกิจกรรม และตอบแบบประเมินกิจกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบบันทึกการกำกับตนเอง จานอาหารสุขภาพ 1 ใบ/ครอบครัว โปรแกรมการกำกับตนเอง ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การดำเนินกิจกรรมบรรยายแบบกลุ่ม/รายบุคคล ทางแอปพลิเคชันซูม ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้และความเชื่อเรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการดูแลเท้าและสุขอนามัย

สัปดาห์ที่ 2 การดำเนินกิจกรรมบรรยายแบบกลุ่ม/รายบุคคล ทางแอปพลิเคชันซูม ประกอบด้วย การเสริมสร้างทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมการกำกับตนเองจากแบบบันทึกการกำกับตนเองของผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาและวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ บันทึกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุยอมรับ และปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตกลงไว้

สัปดาห์ที่ 3 5 7 9 และ 11 การติดตามเยี่ยม

ทางโทรศัพท์และในสัปดาห์ที่ 6 ติดตามการปฏิบัติกิจกรรมโดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม google form ทาง LINE Official

สัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม google form ทาง LINE Official

สำหรับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นเข้ากลุ่ม LINE Official และตอบแบบประเมินกิจกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สัปดาห์ที่ 1 6 และ 12 หลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการโปรแกรมกำกับตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม

3. เมื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS Statistics 18.0 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-Square สถิติ Fisher's Exact Test และวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test Independent Famples t-text และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สำหรับกลุ่มควบคุม 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 70 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.45 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 65 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 50 มีโรคร่วม ร้อยละ 100 โรคร่วมที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 50

สำหรับกลุ่มทดลอง 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.65 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 50 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 50 มีโรคร่วม ร้อยละ 90 โรคร่วมที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 55

เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไป พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สำหรับกลุ่มควบคุม 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อยู่ในช่วงอายุ 20-59 ปี ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 48.25 ปี ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 สำหรับกลุ่มทดลอง 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 เพศชาย ร้อยละ 30 อยู่ในช่วงอายุ 20-59 ปี ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 48.65 ปี ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65 เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.45 (SD = 16.61) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.5 (SD = 12.87) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent Samples t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 40)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		MD	t	p-value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มควบคุม	76.45	16.61	79.90	15.61	3.45	-1.319	.203
กลุ่มทดลอง	78.50	12.87	87.65	5.05	9.15	-3.63	.002

MD = Mean Difference

จากตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า ภายในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ไม่แตกต่างกัน และพบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองในสัปดาห์ที่ 12 (N = 40)

Source	SS	Df	MS	F	p-value
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรม (Covariate)	2150.2	1	2150.2	26.8	<.001
กลุ่ม (Independent Variable)	448.3	1	448.3	5.5	.023
Error	2966.1	37	80.1		
Corrected Total	5716.9	39			

SS = Sum of Squares, MS = Mean Square

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระยะก่อนได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 และสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน สามารถอธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมโดยใช้ Telehealth ผ่านแอปพลิเคชันซูม การส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมาย (goal) และวางแผนการจัดการตนเอง อีกทั้งมีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุน กระตุ้นเตือนและช่วยเหลือผู้สูงอายุมีการกำกับตนเอง และผู้สูงอายุประเมินพฤติกรรมการกำกับตนเอง (self-evaluation) เสนอวิธีการแก้ไขปัญหาและวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้สูงอายุจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ (decision making) จดบันทึกวิธีการที่เหมาะสมลงในแบบบันทึกการกำกับตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุยอมรับ และปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตกลงร่วมกัน (planning and plan enhance) มอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และจานอาหารสุขภาพ เพื่อสามารถนำไปใช้ทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติม ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามพฤติกรรมการ

กำกับตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น

2. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานที่ 2 และสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน สามารถอธิบายได้ว่า

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองโดยใช้ Telehealth ผ่านแอปพลิเคชันซูม ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้สื่อการสอนด้วยโปรแกรม Microsoft Power Point วีดิทัศน์ ส่งเสริมครอบครัวให้คอยดูแลช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม มอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จานอาหารสุขภาพ และติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพโดยการบรรยายขณะรอพบแพทย์ 10-15 นาที ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานไม่เพียงพอ สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยมากกว่าจำนวนบุคลากรทางการแพทย์อาจทำให้การประเมินปัญหา การกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแลตนเอง การติดตามผลการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาไม่ครบถ้วน

จากการศึกษาสนับสนุนทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน ที่ได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการดำเนินโปรแกรมการกำกับตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[10] จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้โปรแกรมกำกับตนเองและนำ การสาธารณสุขระบบทางไกล ผ่านแอปพลิเคชันซูม มาใช้ในโปรแกรมนั้นสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการกำกับตนเองโดยใช้การสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth) ผ่านแอปพลิเคชันซูม ไปใช้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ หรือผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เนื่องจากสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าโปรแกรมการกำกับตนเองทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

2. ควรจัดทำโปรแกรมที่มีพยาบาลเป็นผู้นำ (Nurse-led) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

References

1. Aekplakorn W, Puckcharern H, & Satheannoppakao W. Thai National Health Examination Survey: NHES VI. Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2021. (in Thai)
2. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in Older Adults. Diabetes care. 2012;35(12):2650-64.
3. Sirikutjatuporn K, Wirojratana V, & Jitramontree N. Factors Predicting Self-Management Behaviour of Elderly Type 2 Diabetes Patients. The Journal of Nursing Council. 2017;32(1):81-93. (in Thai)
4. Kitreerawutiwong K, Kingnetr G, Saengpak C, & Wongsawang N. Factor Influencing Diabetes Self-Management Behavior among Type 2 Diabetes Mellitus Patients. The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(3): 192-200. (in Thai)

5. Lorig KR, & Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine 2003; 26 (1):1-7.
6. Angboonta P, Pothiban L, & Kosachunhanun N. Effects of a Self- management Supporting Program on Self-management Behaviors and Hemoglobin A1C Level among Elders with Diabetes Type 2. Nursing Journal Chiang Mai University. 2012;22(1):93-107. (in Thai)
7. Rosenstock IM, Strecher VJ, & Becker MH. The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. In: DiClemente RJ, Peterson JL, editors. Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions. Boston, Massachusetts: Springer United States; 1994.
8. Charoen R, Pakdevong N, & Namvongprom A. Effects of a Knowledge Development and Family Participation Program on Health Behaviors and Glycemic Control in Older Persons with Type 2 Diabetes. Nursing Research and Innovation Journal. 2013; 16(2):279-92. (in Thai)
9. Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change: background and intervention development Clinical Nurse Specialist. 2009;23(3):161-70.
10. Prompahakul R, Wirojratana V, Wattakritkraileart D, & Krainuwat K. The effect of self-regulation program on dietary behavior among older adults with uncontrolled type 2 diabetes. Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(2):32-45. (in Thai)
11. Leelahavarong P, Jinatongthai P, Chanthawong S, Kengkla K, Wongsalap Y, Yanpiboon A, et al. An Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on access to healthcare services of elderly in Thailand: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2021. Report No.: SPH630081. (in Thai)
12. Doraiswamy S, Jithesh A, Mamtani R, Abraham A, & Cheema S. Telehealth Use in Geriatrics Care during the COVID-19 Pandemic-A Scoping Review and Evidence Synthesis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(4).1-17.
13. Keeratiyutawong P, Hanucharurnkl S, Melkus G, & Vorapongsathon OPT. Effectiveness of a self-management program for Thais with type 2 diabetes: An integrative review. Thai Journal of Nursing Research. 2006;10(2):85-97. (in Thai)

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแพลตฟอร์มการจัดการสุขภาพในกลุ่มอาการลองโควิดสำหรับกลุ่มคน 608

Development and Evaluation the Effectiveness of a Health Management Platform for Long COVID Symptoms among 608 Group

ทินกร บัวชู[1] เสน่ห์ ขุนแก้ว*[2] มรกต เชิดเกียรติกุล[3]

Thinnakorn Buachu[1] Saneh Khunkaew*[2] Morakot Choetkiertikul[3]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10250

[1]Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand, 10250

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 50180

[2]Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand, 50180

[3]คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย 73170

[3]Faculty of Information and Communication Technology, Nakhon Pathom, Thailand, 73170

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยพัฒนารูปแบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินแพลตฟอร์มการจัดการสุขภาพในกลุ่มอาการลองโควิดสำหรับกลุ่มคน 608 ในชุมชน ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มคน 608 บุคลากรจากสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นรวบรวมปัญหา 2) ขั้นสร้างรูปแบบจำลอง 3) ขั้นการพัฒนารูปแบบ และ 4) ขั้นการตรวจสอบความเหมาะสม เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา พัฒนาซอฟต์แวร์โดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบระบบซอฟต์แวร์จากผู้ใช้กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มอาสาสมัครหมู่บ้าน และกลุ่ม 608 ผลการวิจัย ต้นแบบแพลตฟอร์มนี้ชื่อว่า “608 พร้อม@Home” หรือ “608 Prompt@Home” ประกอบด้วย ฟังก์ชันสำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวน 7 ฟังก์ชัน ฟังก์ชันสำหรับกลุ่มอาสาสมัครหมู่บ้าน มี จำนวน 3 ฟังก์ชันและฟังก์ชันสำหรับกลุ่ม 608 มี จำนวน 4 ฟังก์ชัน และผลการประเมินการใช้แพลตฟอร์ม System Usability Scale (SUS) เฉลี่ยจากทั้ง 3 กลุ่ม คือ 69.71 คะแนน ซึ่งผลการออกแบบและการพัฒนาแพลตฟอร์มมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้อย่างมีนัยสำคัญ สามารถปรับปรุงพัฒนาต่อยอดให้แพลตฟอร์มดังกล่าวสามารถรับมือกับโรคระบาดอื่น ๆ และโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้

คำสำคัญ: แพลตฟอร์ม, การจัดการสุขภาพ, ลองโควิด, กลุ่มคน 608

Corresponding Author: *Email: saneh@bcnc.ac.th

วันที่รับ (received) 12 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 มิ.ย. 2567

Abstract

This study aimed to develop and evaluate a platform for health management platform for Long COVID symptoms among 608 group in community. The population and sample group included people in 608 groups and healthcare professionals, comprising Physicians, Nurses, Pharmacists, Medical Technicians, Physical Therapists, and the District Health Board (DHB). The research methodology consisted of four steps: 1) Problem identification, 2) Model development, 3) Prototype development, and 4) Feasibility testing. Data were collected through in-depth interviews and content analysis. Software development involved seminars with experts and testing with users, including hospital health promotion staff, village health volunteers, and the 608 group. The prototype platform, named "608 Prompt@Home," included seven functions for hospital health promotion staff, three for village health volunteers, and four functions for the 608 group. The System Usability Scale (SUS) average score from all three groups was 69.71, indicating significant alignment between the design and user requirements. The platform can be further improved to address future pandemics and emerging infectious diseases.

Keywords: Platform, Health management, Long COVID-19, 608 group

บทนำ

การรับมือกับผู้ติดเชื้อโควิดที่ไม่มีอาการ และหรือที่มีอาการเล็กน้อยที่ผ่านมา คือการแยกกักตัวที่บ้าน (HI: Home Isolation) และจากข้อมูลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบปัญหาและอุปสรรคด้านผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี DMS (Department of medical services), Telemedicine หรือ Line Application ได้ แต่การแยกกักตัวที่บ้านของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าส่งผลลัพธ์เชิงบวก ทางสุขภาพต่อผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยได้อยู่ ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากสถานพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่ม 608 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคประจำตัว อย่างน้อยอย่างใดอย่างหนึ่ง หลักการดูแลรักษา ภาวะลองโควิด คือ การเพิ่มความตระหนัก การรักษาต้อง พิจารณาจากผู้ป่วยเป็นราย ๆ โดยแพทย์สหสาขา การให้ความ รู้ในการประเมินและดูแลตนเองที่บ้าน การให้คำแนะนำและ กระตุ้นให้บริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการใช้เครื่องมือ ประเมินผลกระทบภายหลังหายจากโรคโควิด-19[1] นอกจากนี้ ยังพบว่า การเสริมอาหารจำพวกถั่ว งาและไข่ ที่มีสารแอล-อาร์จีนีน (L-Arginine) ที่ช่วยในเรื่องของการทำงานของ เยื่อบุผนังหลอดเลือดส่งเสริมการไหลเวียนเลือด และวิตามินซี ช่วยลดการเกิดออกซิเดชัน ยังส่งผลดีต่ออาการลองโควิด อีกด้วย[2] นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) พบว่า การฉีดวัคซีนช่วยลดความเสี่ยง หรือโอกาสการเกิดกลุ่มอาการลองโควิดได้ และมีหลักฐาน ยืนยันว่า การได้รับวัคซีน 2 โดสมีประสิทธิภาพมากกว่า 1 โดส[3]

ปัจจุบันกรมการแพทย์ ระบุปัญหาที่สำคัญภายหลัง การติดเชื้อ SARs-CoV-2 คือ ภาวะลองโควิด (Long Covid) หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยโควิด-19 มักพบภายหลังจากรักษา หายแล้ว ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่าง กันไปในแต่ละบุคคล โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือ เป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย ซึ่งสามารถเกิดได้ใน ทุกระบบของร่างกาย อาการของภาวะลองโควิดที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย นอนไม่หลับ ไอ และปวดศีรษะ ทั้งนี้ปัจจัยทางเพศ ยังพบว่า อาการลองโควิดเฉียบพลันที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ได้แก่ หายใจลำบาก ระบบการหายใจล้มเหลว ร่วมกับอาการ เฉียบพลันอื่น ๆ เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ และปวดข้อ เป็นต้น[4] และโดยเฉพาะเพศชายที่มีโรคร่วม ไม่ได้รับวัคซีน และสูบบุหรี่ จะเพิ่มความเสี่ยงของกลุ่มอาการระบบกล้ามเนื้อและกระดูก[5] ซึ่งอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ความเหนื่อยล้า ร้อยละ 91.2 ตามมาด้วยอาการ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะและปวดหลัง ส่วนล่าง ซึ่งปัจจัยที่สามารถลดอาการและภาระของอาการ เหล่านี้ได้ คือ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)[6] และการศึกษาในประเทศ ญี่ปุ่นพบว่า การรับรสหรือกลิ่นผิดปกติ พบได้บ่อยที่สุด ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ ความจำเสื่อมและความเหนื่อยล้า[7]

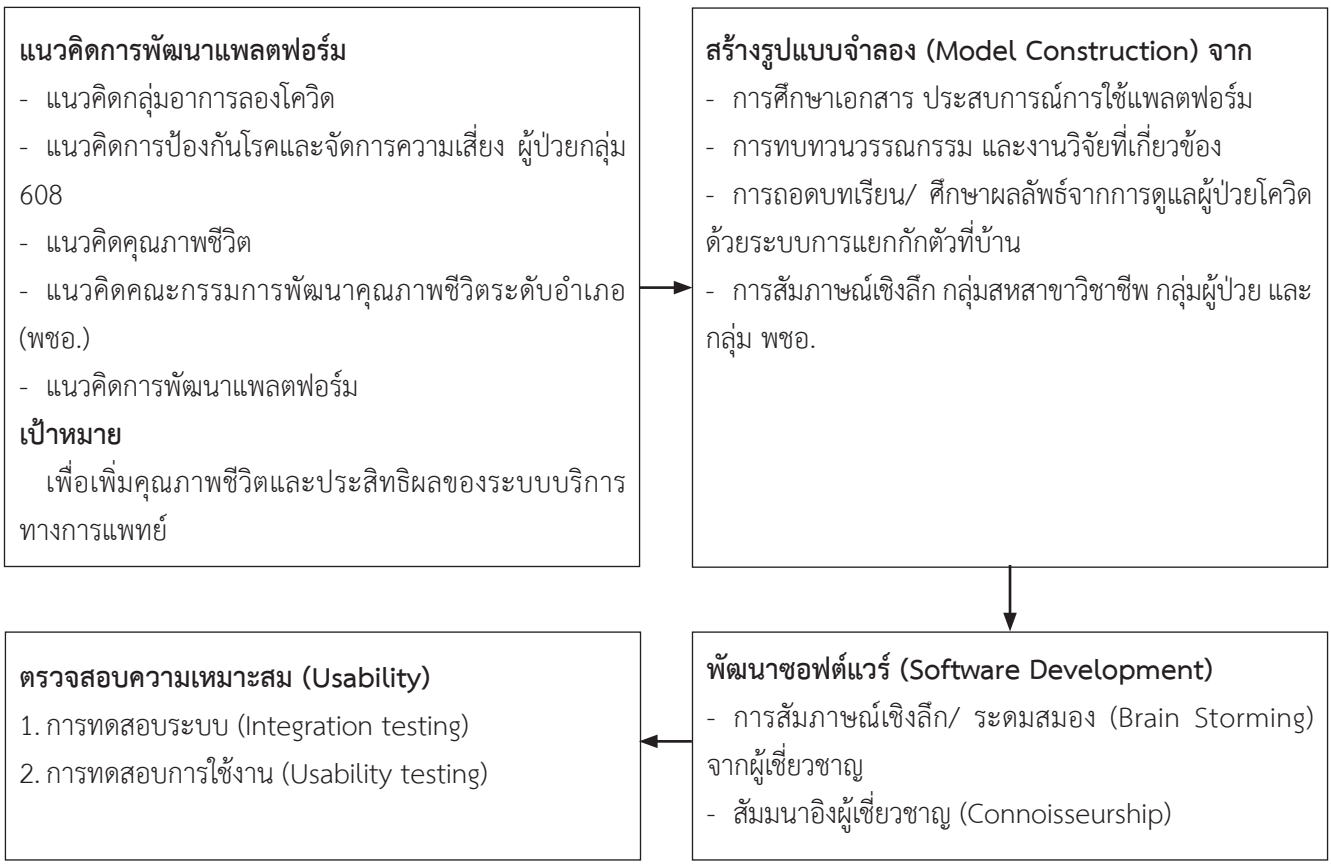
การคงอยู่ของอาการลองโควิดใช้เวลานานหลายเดือน ยังจำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของปัญหาด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เด็ก และผู้ป่วยกลุ่ม 608[8] ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายและคุณภาพชีวิต ดังนั้นการใช้นวัตกรรม เทคโนโลยี แหล่งข้อมูลออนไลน์ หรือแอพพลิเคชันต่าง ๆ เพื่อเพิ่มกิจกรรมทางร่างกายสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกด้วย ร่วมกับการบริการเชิงรุกขององค์กรหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ในการสนับสนุนป้องกันโรคและการจัดการภาวะสุขภาพ[9] ดังนั้นการทำงานที่ประกอบด้วยภาคีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หรือ ผู้ป่วยกลุ่ม 608 ที่เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการลองโควิดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ แก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งประเด็นความท้าทายและการพัฒนา พชอ. เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกลุ่มอาการลองโควิด สำหรับกลุ่มคน 608 มีเหตุปัจจัยรอบด้านทั้งจากตัวประชาชน องค์กรหน่วยงานภาครัฐและเอกชน การแก้ปัญหาต้องอาศัยการบูรณาการทุกภาคส่วน ดังนั้นแนวทางการดำเนินงาน คือ ผู้นำจะต้องมีภาวะผู้นำที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีการกระจายอำนาจและมีการจัดการแบบมีส่วนร่วม เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางภายใต้การทำงานแบบเครือข่าย เพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนในพื้นที่ เพื่อผลลัพธ์ คือประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี[10] จากการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Euro Qol 5D-3L พบว่า อาการที่พบบ่อยที่สุด เหนื่อยล้า (63.1 %) หายใจลำบาก (53.7 %) ปวดข้อ (56.1 %) และภาวะซึมเศร้า/ความวิตกกังวล (55.1 %) ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง[11]

การพัฒนาแพลตฟอร์ม จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้แพลตฟอร์มของประเทศต่าง ๆ เช่น ฮ่องกง ออสเตรเลีย ตุรกี พบว่า ยังไม่มีแพลตฟอร์มเกี่ยวกับการป้องกันโรคและจัดการความเสี่ยงในกลุ่มอาการลองโควิด เป็นแพลตฟอร์มสำหรับประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาทั้งทางโทรศัพท์และการวิดีโอคอลกับหน่วยงานกลางทางด้านสุขภาพโดยตรง ขาดการบูรณาการกับระบบบริการปฐมภูมิ และแพลตฟอร์มขาดการป้องกันระบบความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย[12] จากความสำคัญของปัญหา ผู้วิจัยและทีมจึงเล็งเห็นโอกาสในการวิจัยและพัฒนาแนวทางจัดบริการสุขภาพ (Model development) เพื่อสร้างรูปแบบจำลอง (Model Construction) เป็นแพลตฟอร์มใช้ในการจัดการป้องกันโรคและจัดการความเสี่ยงกลุ่มอาการลองโควิดให้แก่บุคคลกลุ่มโรค 608 ที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน จากการบูรณาการระบบบริการทางการแพทย์ทางไกลในประเทศไทย ประสบการณ์การใช้แพลตฟอร์มของประเทศต่าง ๆ โดยอาศัยความร่วมมือจาก พชอ. สหวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ที่เชื่อมโยงกับระบบการแยกกักตัวที่บ้าน อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นนวัตกรรมสมัยใหม่ ที่ช่วยสนับสนุนการเข้าถึงบริการติดตามและป้องกันโรค เพื่อเตรียมรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างแพลตฟอร์มการจัดการสุขภาพในกลุ่มอาการลองโควิดสำหรับกลุ่มคน 608
2. เพื่อประเมินแพลตฟอร์มการจัดการสุขภาพในกลุ่มอาการลองโควิดสำหรับกลุ่มคน 608

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนารูปแบบ (Model development research)[13] โดยจะมีขั้นตอนหลักอยู่ 2 ขั้นตอน คือ การสร้าง/พัฒนารูปแบบ และการตรวจสอบรูปแบบ โดยขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษา รวบรวมข้อมูล สถานการณ์ บริบทและปัญหาที่เกี่ยวข้อง และ ระยะที่ 2 ยกร่างหรือสร้างรูปแบบ ขั้นตอนที่ 2 ประกอบด้วยการทดสอบรูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้และปรับปรุงให้ทันสมัย

ประชากร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มคน 608 คือบุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป หรือผู้ดูแล ซึ่งหมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่มีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคประจำตัวอย่างน้อยอย่างใดอย่างหนึ่ง ในกลุ่ม 7 โรคประจำตัว ดังนี้ (1) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (2) โรคหัวใจและหลอดเลือด (3) โรคไตวายเรื้อรัง (4) โรคหลอดเลือดสมอง (5) โรคอ้วน (6) โรคมะเร็ง (7) โรคเบาหวาน หรือ เป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก อำเภอลับแลและอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

2. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จากสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 50 คน ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก อำเภอลับแลและอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

3. กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอชาติตระการ (พชอ.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก อำเภอลับแลและอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มคน 608 จำนวน 30 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อย 1 เดือน 2) มีสุขภาพแข็งแรง อาจมีโรคร่วมที่รักษา และ สามารถควบคุมได้ตามดุลยพินิจของแพทย์ 3) อายุ 60 ปี ขึ้นไป หรือผู้ดูแล ซึ่งหมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่มีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคประจำตัว อย่างน้อยอย่างใดอย่างหนึ่ง 4) มีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคประจำตัวอย่างน้อยอย่างใดอย่างหนึ่ง 5) ยินยอมให้สัมภาษณ์ และ 6) สามารถ ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

2. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จากสหสาขาวิชาชีพ

ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุข และนักจิตวิทยา ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ 2) ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก อำเภอลับแล และอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างน้อย 1 ปี 3) อายุ 20 ปีขึ้นไป และ 4) ยินยอมให้สัมภาษณ์ และกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอชาติตระการ (พชอ.) จำนวน 9 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอชาติตระการ (พชอ.) ปัจจุบัน 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป และ 3) ยินยอมให้สัมภาษณ์ รวมจำนวน 26 คน เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน และขอถอนตัวออกขณะให้การสัมภาษณ์

การเก็บรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นรวบรวมปัญหา (Problem Formulation) ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกักตัวที่บ้าน (Home isolation) และทบทวนข้อดีข้อเสียของแพลตฟอร์มในระบบการแยกกักตัว ที่ดำเนินการในการระบาดระลอกต่าง ๆ แล้วนำมาสังเคราะห์ (Content Analysis) เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการการกักตัวที่บ้าน เพื่อใช้เป็นกรอบในการสร้างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview)

การเก็บรวมรวมข้อมูล สัมภาษณ์เชิงลึกกับสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เภสัชกร 2 คน เทคนิคการแพทย์ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ แบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นสร้างรูปแบบจำลอง (Model Construction) โดยนำผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็นรูปแบบจำลอง ออกแบบแพลตฟอร์มตามหลักมาตรฐานสากลของกระบวนการการออกแบบและพัฒนาระบบซอฟต์แวร์สำหรับองค์กรขนาดเล็ก ISO/IEC 29110 - Software Development Process Standard โดยที่มาตรฐาน ISO/IEC 29110 นี้ช่วยสร้างความมั่นใจ รักษาระดับคุณภาพของทั้งกระบวนการ (Software Process) และผลผลิตของการพัฒนาระบบซอฟต์แวร์ (Software Product) และมีกลไกในการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้ใช้ (User Requirements) การออกแบบ (Software Design) การพัฒนาซอฟต์แวร์ (Software Implementation) และการทดสอบ (Software testing)

การเก็บรวมรวมข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักจิตวิทยา) นักพัฒนานโยบาย คณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และนักพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของระบบซอฟต์แวร์ก่อนที่จะเริ่มพัฒนาจริง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นพัฒนารูปแบบ (Development) ระหว่างการพัฒนารูปแบบซอฟต์แวร์ (Software Development) คณะผู้วิจัยวางแผนการและกำหนดจุดสำคัญของโครงการ (Milestone) เพื่อการติดตามและประเมินความคืบหน้าของการพัฒนาระบบซอฟต์แวร์อย่างเป็นระบบ (Project Monitoring) โดยคณะผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญทั้งฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ นักพัฒนานโยบาย คณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และนักพัฒนาเทคโนโลยี มาตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยใช้เทคนิคการระดมสมองโดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเต็มที่และอิสระ การสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญให้แต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นของตนเองผ่าน Zoom conference

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการตรวจสอบความเหมาะสม (Evaluation)[14] ประเมินประสิทธิภาพและตรวจสอบความเหมาะสมของแฟลตฟอร์มที่ได้รับการพัฒนาจะถูกดำเนินการใน 2 รูปแบบคือ 1) การทดสอบระบบ (Integration testing) และ 2) การทดสอบการใช้งาน (Usability testing) โดยการทดสอบระบบ (Integration testing) มีจุดประสงค์เพื่อทดสอบการทำงานของแพลตฟอร์มในทุก ๆ การทำงาน (Integration testing) ว่าสามารถทำงานได้ตามวัตถุประสงค์ปราศจากข้อผิดพลาด (Error) โดยในการทดสอบระบบนี้มีการนำแนวทางการทดสอบทั้ง White box และ Black box เพื่อให้ครอบคลุมทุกรายละเอียดในการพัฒนาแพลตฟอร์ม

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. System Usability Scale (SUS)[15] ใช้ในการประเมินผลแพลตฟอร์ม เป็นแบบสอบถามแบบรูปมาตราลิเคิร์ท (Likert scale) โดยจะให้คะแนนแต่ละหัวข้อระหว่าง 1-5 คะแนน มีทั้งหมด 10 ข้อ โดย 1 คะแนน หมายถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด แปลผลคือ ค่าคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 68 คือตรงกับระดับที่ยอมรับได้ (Acceptability range: High)

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) เป็นข้อคำถามปลายเปิดทั้งหมด เริ่มการถามทั่วไปและคำถามเชิงลึกประกอบด้วย 1) อาการลองโควิดที่ท่านเป็นส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง? (อาการทางกาย เหนื่อยง่าย ภาพลักษณ์ผมร่วง ซึมเศร้า ฯลฯ) พร้อมยกตัวอย่างประกอบ 2) ท่านได้จัดการ และดูแลตนเองอย่างไรขณะแยกกักตัวอยู่ที่บ้าน? 3) ท่านปฏิบัติตัวอย่างไรตอนที่ติดเชื้อโควิด-19 และหลังติดเชื้อ? 4) ขณะที่ท่านแยกกักตัวอยู่บ้าน/หลังติดเชื้อโควิด-19 มีหน่วยงาน/บุคลากรทางการแพทย์มาให้ข้อมูล หรือให้คำแนะนำอย่างไรบ้าง? 5) ท่านคิดว่าสิ่งที่หน่วยงาน/บุคลากรทางการแพทย์มาให้ข้อมูลนั้นเหมาะสมกับท่านอย่างไร? เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. System Usability Scale (SUS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีค่าอัลฟ่าครอนบาชอยู่ที่ 0.85 อีกทั้งเครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาใช้ทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และถูกนำมาใช้ในหลายงานวิจัย พบว่าค่าอัลฟ่าครอนบาชอยู่ที่ 0.91[16] ดังนั้นในการวิจัยในครั้งนี้จึงไม่ได้มีการตรวจสอบเพิ่มเติม

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ก่อนที่จะนำมาใช้ในการศึกษานี้ พบว่าไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) แบบสรุปความ[17] โดยการเตรียมข้อมูลเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในรูปแบบตารางและการจัดทำแผนภูมิเพื่อนำมารวบรวมปัญหาจากวรรณกรรมที่ผ่านมา และการ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยการกำหนดประเด็นการพัฒนาเนื้อหาแพลตฟอร์มรูปแบบการใช้งาน และ ความเหมาะสม

2. การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)[18] มีขั้นตอนทั้งหมด 6 ขั้นตอนย่อย 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายรอบเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับข้อมูล 2) จัดข้อมูลออกเป็นส่วน ๆ (Data segmentation) 3) พิจารณาประเด็นหลักและกำหนดรหัส (Code) 4) จัดกลุ่มประเด็นร่วม (Theme) 5) ให้คำจำกัดความและตั้งชื่อประเด็นหลักโดยการทำผังความคิด (Mapping) และ 6) เขียนรายงาน (Report)

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลและผลการวิจัยในเบื้องต้น ผู้วิจัยได้นำผลนี้ไปตรวจสอบสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) กลับไปถามทีมบุคลากรทางการแพทย์ ทีมพชอ. และอสม. ว่ามีประเด็นอะไรบ้างที่ต้องการแก้ไขหรือเพิ่มเติม และมีการตรวจสอบร่วมกันกับทีมผู้วิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพ (Peer debrief) เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และปราศจากอคติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร แบบเร่งรัด (expedited) COA No. 078/2022 เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยนำเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครของโครงการวิจัย (information sheet for research participant) หลังจากที่ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดขั้นตอนทั้งหมดแล้ว ได้เปิดโอกาสให้อาสาสมัครซักถามข้อสงสัยก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent form) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับและทำลายทิ้งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ทั้งนี้อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

แพลตฟอร์มต้นแบบนี้ มีชื่อว่า “608 พร้อม@Home” หรือ “608 Prompt@Home” โดยมีการออกแบบสัญลักษณ์ (Logo) ได้ถูกออกแบบให้เป็น Platform ที่มีการออกแบบระบบฐานข้อมูลให้เพื่อรองรับการไหลเวียนของข้อมูลจากทุก Use case เพื่อการเชื่อมต่อตามกระบวนการที่สอดคล้องกัน เพื่อตอบความต้องการของกลุ่มผู้ใช้ทั้ง 3 กลุ่ม 608 พร้อม@Home ได้ถูกออกแบบให้มีการใช้งานได้ 3 ช่องทางที่สอดคล้องความต้องการเชิงฟังก์ชัน (Functional requirements) ดังนี้ 1. ฟังก์ชันสำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวน 7 ฟังก์ชัน ประกอบด้วย 1) การดูข้อมูลเชิงแผนที่ผ่าน Dashboard 2) การดูข้อมูลผู้ป่วยและสถานะผ่าน Dashboard 3) การได้รับ Notification เมื่อมีการร้องขอจากผู้ป่วย 4) การบันทึกการให้คำปรึกษา 5) การประสานให้อาสาสมัครหมู่บ้านเข้าไปให้การดูแลกลุ่ม 608 6) Live chat และ 7) การดูรายงานสรุป 2. ฟังก์ชันสำหรับกลุ่ม

อาสาสมัครหมู่บ้าน มี จำนวน 3 ฟังก์ชัน ประกอบด้วย 1) การดูข้อมูลผู้ป่วย 608 2) การประเมิน 608 ตามแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 3) Live chat และ 3. ฟังก์ชันสำหรับกลุ่ม 608 มีจำนวน 4 ฟังก์ชัน ประกอบด้วย 1) การดูข้อมูลประชาสัมพันธ์และการดูแลตนเอง 2) การทำแบบประเมินตนเองและแบบประเมินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การนัดหมายเข้าพบแพทย์ และ 4) Live chat

ผลการประเมินแพลตฟอร์มต้นแบบ

ระบบ “608 พร้อม@Home” ได้ทำการทดสอบการใช้งานด้วยกลุ่มผู้ใช้ที่เป็นเป้าหมาย ที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 4 คน, อาสาสมัครหมู่บ้าน 4 คน และผู้ใช้งานกลุ่ม 608 อีก 4 คน เพื่อประเมินการใช้งานและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบในอนาคต การประเมินนี้ได้ใช้เครื่องมือที่ชื่อว่า “System Usability Scale (SUS)” เป็นการประเมินที่มีมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยที่ 68 คะแนน ถ้าระบบได้รับคะแนน SUS Score ที่สูงกว่า 68 คะแนน จะถูกถือว่าเป็นระบบที่มีการยอมรับจากผู้ใช้ที่สูง ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีที่แสดงถึงความสามารถในการรองรับความต้องการและความสะดวกสบายของผู้ใช้ ผลการทดสอบ Usability Test ด้วยแนวทางการประเมิน System Usability Scale (SUS) จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการประเมินความพึงพอใจและประสิทธิภาพของระบบ 608 พร้อม@Home จากมุมมองของผู้ใช้จริง

จากผลการทดสอบ 608 พร้อม@Home ได้รับคะแนน SUS Score เฉลี่ยจากทั้ง 3 กลุ่ม ผู้ใช้ คือ 69.71 คะแนน ซึ่งมากกว่าค่ามาตรฐานที่ 68 คะแนน นั่นหมายถึงว่า ระบบนี้ได้รับการยอมรับอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มผู้ใช้ และเป็นการยืนยันว่าการออกแบบและการพัฒนาของระบบสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ จากการประเมินคะแนน SUS Score ในแต่ละกลุ่ม มีดังนี้

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้คะแนนเฉลี่ย 73.75 คะแนน ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐาน SUS Score ที่ 68 คะแนน ซึ่งหมายความว่าระบบได้รับการยอมรับและสามารถตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ได้ดี

2. อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ได้คะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด คือ 80.62 คะแนน แสดงว่าระบบได้รับการยอมรับและมีความสอดคล้องกับความต้องการของอสม. มากที่สุด

3. กลุ่มผู้ใช้ 608 ได้รับคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด คือ 55 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าค่ามาตรฐาน SUS Score ที่ 68 คะแนน นั่นหมายความว่า ยังมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงและพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับความต้องการและความสะดวกสบายของกลุ่มผู้ใช้ 608 มากขึ้น

ดังนั้น ผลการประเมินคะแนน SUS Score ในแต่ละกลุ่มนี้ เป็นการเปิดเผยข้อมูลที่มีความสำคัญในการทำให้เห็นถึงจุดที่ควรจะปรับปรุงและพัฒนา และเป็นฐานที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวคิดให้ดีขึ้นได้ โดยจากการรับฟังข้อคิดเห็นหลังจากการทำ Usability Test พบว่ากลุ่มผู้ใช้ 608 ยังมีความกังวลในเรื่องของการเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ตและการใช้งานผ่านมือถือซึ่งอาจไม่สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการแยกกักตัวที่บ้านจากการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ประสานงานผ่าน Line เพื่อสื่อสารกับคนไข้ สอดคล้องกับแนวทางการให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อโควิด-19 แบบ Take-home message ในการติดตามอาการผู้ติดเชื้อ การประเมินอาการและความรุนแรงของโรคด้วยตนเองผ่านการใช้ Mobile Medicare เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกรณีมีโรคระบาดอื่น ๆ[19] และสอดคล้องกับความต้องการในการใช้แพลตฟอร์มติดตามผลข้างเคียงภายหลังการฉีดวัคซีน และจากผลการศึกษาประชาชนส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองที่สูงอย่างต่อเนื่อง แต่ปัจจัยหลักคือการประเมินระดับความเสี่ยงของตนเอง ดังนั้นแพลตฟอร์มดังกล่าวจำเป็นต้องพัฒนาและดำเนินการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด และสร้างการรับรู้เรื่องการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการระหว่างระบบบริการปฐมภูมิและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับกลุ่มคน 608 ในชุมชน ควบคู่กับการดำเนินการมาตรการทางสังคมอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง[20]

แพลตฟอร์มต้นแบบของระบบการจัดการสุขภาพสำหรับลองโควิด การจัดการป้องกันโรคติดต่อและการจัดการความเสี่ยงให้แก่ผู้ป่วยกลุ่ม 608 ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เกี่ยวข้องกับบทบาท อสม. ที่เป็นนักจัดการภาวะวิกฤตสุขภาพชุมชนภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดำเนินการคัดกรอง เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน และมีบทบาทเป็นผู้นำพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน ครอบครัว และชุมชน[21] ดังนั้นการเสริม

สร้างความเข้มแข็งให้กับ อสม. ในชุมชนโดยการอบรมหรือส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการให้ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานจะส่งผลต่อการนำนโยบายและแพลตฟอร์มไปใช้ได้เป็นอย่างดี[22] ซึ่งการพัฒนาแพลตฟอร์ม อสม. ทางไกลเพื่อเชื่อมต่อระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยการให้ อสม. ทางไกลช่วยเภสัชกรให้บริการงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในการคัดกรองความเสี่ยง บริการเลิกบุหรี่ การเยี่ยมบ้าน การจัดการปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ฯลฯ สามารถจัดการได้ดีขึ้น[23] และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องบทเรียนจากการระบาดของโควิด-19 เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ เพิ่มการเข้าถึงการบริการที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์โควิด-19 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี[24] นอกจากนี้ศักยภาพของ รพ.สต. ในการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและจัดการความเสี่ยงในกลุ่มอาการลองโควิดสำหรับกลุ่มคน 608 ในชุมชน ที่ทำการวิเคราะห์ศักยภาพของ รพ.สต. ในการติดตามผู้สัมผัสหรือค้นหาเชิงรุกพบว่า รพ.สต. ร้อยละ 50 สามารถติดตามผู้สัมผัสหรือค้นหาเชิงรุกได้วันละ 21-50 รายต่อวัน และ ร้อยละ 25 สามารถติดตามผู้สัมผัสหรือค้นหาเชิงรุกได้วันละ 51-80 รายต่อวัน[25] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่สามารถรับมือกับสถานการณ์การระบาดได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของ รพ.สต. โดยอาจลดกิจกรรมในสถานการณ์ปกติเพื่อทำกิจกรรมค้นหาเชิงรุกหากเกิดสถานการณ์ของโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ ดังนั้นการตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อภายหลังวิกฤติการระบาดของโควิด-19 จะเข้าสู่ระบบการบริการทางการแพทย์ทางไกล การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้าน และการสื่อสารผ่านเครือข่ายออนไลน์มากขึ้น[26] รวมทั้งปัญญาประดิษฐ์เพื่อลดข้อผิดพลาดจากการพยาบาลและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ มุ่งสู่การเพิ่มคุณภาพการพยาบาลอีกด้วย[27]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สามารถนำแพลตฟอร์มต้นแบบที่ได้ไปถ่ายทอดและเผยแพร่ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม 608 ในชุมชน

2. สามารถนำแพลตฟอร์มต้นแบบไปใช้ในการพัฒนาต่อยอดเพิ่มประสิทธิผลของระบบบริการทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อวัดประสิทธิผลด้านคุณภาพชีวิตกลุ่มคน 608

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้ให้การสนับสนุนทุนดำเนินการวิจัย

References

1. Tantipasawasin P, & Tantipasawasin S. Post-COVID condition (long COVID). Chonburi Hospital Journal. 2022; 47(1): 67-87. (in Thai)
2. Izzo R, Trimarco V, Mane P, Aloet, Marzani M, Diana A. Combining l-arginine with vitamin c improves long-COVID symptoms: the LINCOLN survey. Pharmacological Research. 2022; 183: 106360. doi:10.1016/j.phrs.2022.106360
3. Notarte KI, Catahay JAC, Velasco JV, & Pastrana A. Impact of COVID-19 vaccination on the risk of developing long-COVID and on existing long-COVID symptoms: a systematic review. eClinicalMedicine. 2022; 53: 101624. doi. org/10.1016/j.eclinm.2022.101624
4. Michelutti M, Furlanis G, Stella AB, Bellarta G, Frezza N, Torresing, at al. Sex-dependent characteristics of neuro-long-COVID: data from a dedicated neurology ambulatory service. Journal of the Neurological Sciences. 2022; 441: 120355. doi: 10.1016/j.jns.2022.120355
5. Jeyaraman M, Selvaraj P, Jeyaraman N, Shivashankar PG, & Muthu S. Assessment of risk factors in post- COVID-19 patients and its associated musculoskeletal manifestations: a cross-sectional study in India. Journal of Orthopaedics. 2022; 33: 131-6. doi: 10.1016/j.jor.2022.07.011

6. Azadvari M, Haghparast A, Ansari AN, Razavi SZE, & Hosseini M. Musculoskeletal symptoms in patients with long COVID: a cross-sectional study on Iranian patients. Heliyon. 2022; doi:10.1016/j.heliyon.2022.e10148
7. Ohira M, Sano T, & Takao M. Clinical features of patients who visited the outpatient clinic for long COVID in Japan. eNeurologicalSci. 2022; 100418. doi: 10.1016/j.ensci.2022.100418
8. Petersen MS, Kristiansen MF, Hamusem KD, Foldbo BM, Stoig BA. Prevalence of long COVID in a national cohort: longitudinal measures from disease onset until 8 months' follow-up. International Journal of Infectious Diseases. 2022; 122: 437-41. doi: 10.1016/j.ijid. 2022.06.031
9. Said CM, Batchelor F, & Duque G. The impact of the COVID-19 pandemic on physical activity, function, and quality of life. Clinics in Gerlatric Med:Cine 2022; 38: 519-31. doi: 10.1016/j. cger.2022.04.003
10. Khongsateinpong K, & Wanaratwichit C. District quality development committee: challenges and development. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2021; 13(2): 275-86. (in Thai)
11. Oliveira JFD, Avila RED, Oliverira NRD, Sampaio NCS, Botelho M, Goncaves FA, Persistent symptoms, quality of life, and risk factors in long COVID: a cross-sectional study of hospitalized patients in Brazil. International Journal of Infectious Diseases. 2022; 122: 1044-51. doi: 10.1016/ j.ijid.2022.07.063
12. Zuhairi MHH, & Bayati MA. Intelligent mobile cloud platform for monitoring patients of COVID-19 in their home-quarantines. Turkish Journal of Computer and Mathematics Education. 2021; 12(14): 4461-77.
13. Nitnet C. Model development research in social sciences and education. Suratthani Rajabhat Journal. 2017; 4(2): 71-102. (in Thai)
14. Seffah A, Donyaee M, Kline RB, & Padda HK. Usability measurement and metrics: a consolidated model. Software quality journal. 2006; 14(2): 159-78.
15. Brooke J. Sus-a quick and dirty usability scale. Usability evaluation in industry. 1996; 189(194): 4-7.
16. Bangor A, Kortum PT, & Miller JT. An empirical evaluation of the system usability scale. Journal of Human–Computer Interaction. 2008; 24(6): 574-94.
17. Hsieh HF, & Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research. 2005; 15(9): 1277-88.
18. Braun V, & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in Psychology. 2006; 3(2): 77-101.
19. Wirifai S, & Luddangam P. Home isolation: guidance for patients with COVID-19 infection. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022; 16(2): 597-611. (in Thai)
20. Rachakul C, Suvannit C, Tuangratananon T, Rueangsom P, Haslo G, & Wiboonphan S. Survey of public perspectives toward population adherence to COVID-19 mitigation policy following the outbreak in the first half of 2021. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
21. Soontharn S, Sriyasah A, Leungratahamark L, Tongpeth J, Boohmee L, & Thongnak T. Village health volunteer handbook: community health manager, crisis management after the outbreak of COVID-19 disease. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)

22. Chanpanit P, Wongmanee W, & Judabood N. Strengthening the community: role of village health volunteer. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 23-30. (in Thai)
23. Lertsinudom S, Tangtrakul S, Saimetanggun D, Prasertsuk S, Bunpromma M, Narong N. Developing the tele village health volunteer (vhv) to connect the primary care pharmacy service system. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai)
24. Rongmuang D, Sukrumgreung I, Mattayart S, Udompat P, Sarakshetrim A, Kanlaka S. The development of telemedicine for caring patient undergoing peritoneal dialysis: lesson learned from the COVID-19 pandemic. Journal of Health Systems Research. 2023; 17(1): 108-27. (in Thai)
25. Faramnuayphol P. Situation analysis and requirement of health manpower at primary care level during the situation of COVID-19 pandemics. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
26. Srirataban J, Nitrorapang N, Waratanarat T, Ngamkiatphairah S, Wimuttichai V, O-Charot L, The preparedness and responses of the health services system to the COVID-19 crisis in Thailand: hospital operation and economic and social impacts within the boundary of the health services system. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
27. Kimura R, Noitasaeng P, & Vichitvejpaisal P. Artificial intelligence - an innovation in nursing Care. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 15-22. (in Thai)

อุบัติการณ์และปัจจัยสัมพันธ์การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากสารทึบรังสีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกภายหลังการตรวจสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน

Incidence and Associated factors with Contrast-Induced Nephropathy after Emergency Percutaneous Coronary Intervention in Patients with ST-segment Elevation Myocardial Infarction

ศิวะ บุตรศรี*[1] พัฒนาพร สุปินะ[1] เสาวนีย์ เนาวพาณิช[1] วิวรรณ ทังสุบุตร[2]

Siva Bootsri*[1] Pattanaporn Supina[1] Saowanee Naowapanich[1] Wiwun Tungsubutra[2]

[1]ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

[1]Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10700

[2]สาขาหทัยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

[2]Division of cardiology, Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10700

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาอุบัติการณ์และปัจจัยสัมพันธ์การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากสารทึบรังสีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก ภายหลังได้รับการตรวจรักษาด้วยการตรวจสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินในประชากรไทย โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจำนวน 280 ราย โดยวัดการเพิ่มของระดับครีเอตินินที่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 25 หรือมากกว่า 0.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จากค่าพื้นฐานของผู้ป่วย ภายใน 48-72 ชั่วโมงภายหลังได้รับสารทึบรังสีทางหลอดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุเพื่อทำนายปัจจัยสัมพันธ์ภาวะไตวายเฉียบพลันจากสารทึบรังสี ผลการวิจัยพบว่าเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 16.4 และพบปัจจัยสัมพันธ์การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้แก่ ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับมากกว่า 160 มิลลิลิตร (AOR 4.66, 95%CI: 2.02-10.71, p<.001); ภาวะหัวใจล้มเหลว (AOR 4.43, 95%CI: 1.80-10.93, p = .001); โรคความดันโลหิตสูง (AOR 4.34, 95%CI: 1.37-13.71, p = .013); ภาวะซีด (AOR 3.95, 95%CI: 1.73-8.99, p = .001); และผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (AOR 5.33, 95%CI: 2.32-12.26, p<.001) การจากศึกษาทราบถึงอุบัติการณ์ของภาวะไตวายเฉียบพลันจากสารทึบรังสีและปัจจัยที่สัมพันธ์ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะไตวายเฉียบพลันจากสารทึบรังสี, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, การขยายหลอดเลือดหัวใจ

Corresponding author. *Email: golfsi.1990@gmail.com, siva.boo@mahidol.ac.th

วันที่รับ (received) 15 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 พ.ค. 2567

Abstract

This study aimed to investigate the incidence and factors associated with Contrast-Induced Nephropathy (CIN) in patients with ST-segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) who underwent emergency Percutaneous Coronary Intervention (PCI) in the Thai population following the administration of contrast media (CM). The research was conducted retrospectively on 280 patients who experienced a creatinine level increase of more than 25% or exceeding 0.5 mg/dl. within 48-72 hours after receiving CM agents. Simple and multiple binary logistic regression analyses were employed to predict factors associated with CIN following contrast media exposure. Crude and Adjusted Odds Ratios (AOR) with 95% confidence intervals (CI) were utilized to demonstrate the associations between independent factors and CIN. The results revealed an incidence of CIN of 16.4%. Factors associated with CIN included CM volume exceeding 160 ml (AOR 4.66, 95%CI: 2.02-10.71, p<.001); heart failure (AOR 4.43, 95%CI: 1.80-10.93, p=.001); hypertension (AOR 4.34, 95%CI: 1.37-13.71, p=.013); anemia (AOR 3.95, 95%CI: 1.73-8.99, p=.001); and patients receiving antibiotic therapy (AOR 5.33, 95%CI: 2.32-12.26, p<.001). The study findings provide insights into the incidence of CIN and associated factors, serving as guidelines for screening and ensuring safe patient care in the future.

Keywords: contrast-induced nephropathy, myocardial infarction, coronary artery intervention.

Introduction

Contrast-induced nephropathy (CIN) is a frequent adverse effect of percutaneous coronary intervention (PCI) and can lead to renal function impairment and eventually hemodialysis if adequate preventive treatments are not provided. This adverse outcome from CIN can have negative impacts on one's quality of life, health expenses, morbidity, and increasing mortality rate.[1, 2] The incidence of CIN has been reported to be as high as 10-13% in patients undergoing PCI,[3,4] and it could even rise to 20-30% if significant risk factors are present.[5] This is particularly observed in patients with pre-existing chronic kidney disease (CKD) and congestive heart failure (CHF) before contrast media exposure.[3,6] Previous studies have found varying factors associated with CIN, depending on the studied population, these include patient-related factors such as advanced age, Diabetes Mellitus, Hypertension, Anemia, CHF, and CKD. Clinical setting-related factors include urgency or emergency setting, cardiogenic shock, and the use of nephrotoxic drugs. Procedure-related factors include the type and volume of CM used and the utilization of an Intra-Aortic Balloon Pump (IABP).[3,6-8]

Immediate revascularization aims to rapidly restore blood flow to the obstructed coronary artery, preserving viable heart tissue, thereby enhancing the STEMI patient's chances of survival and decreasing the likelihood of potential complications such as cardiogenic shock, acute heart failure, arrhythmia, and cardiac arrest,[9,10] and reduction of renal replacement therapy in STEMI patients.[11] This is due to the limited opportunity to implement preventive measures for CIN before the emergency procedure takes place and there is data suggesting that excessive hydration is associated with an increased risk of CIN and death in patients with pre-existing renal insufficiency undergoing PCI.[12,13] Currently, there are gap in knowledge regarding CIN within the Thai population pertains to the limited understanding of its incidence, risk factors, and optimal management strategies specifically tailored to this demographic. Closing this knowledge gap would

require further research studies and clinical investigations focused on CIN within the context of the Thai population, along with the development of evidence-based practices to improve patient outcomes.

Objectives

1. To study the Incidence of CIN after Emergency PCI in Thai Patients with STEMI.

2. To investigate the Associated factors with CIN after emergency PCI.

Research hypothesis

1. What is the true incidence of CIN after emergency PCI in the Thai population?

2. What factors are associated with CIN after emergency PCI?

Conceptual framework of the research

The research framework was developed from a literature review and the application of various theories such as Biomedical, Risk Stratification, and Pharmacological Theory. By integrating these theoretical perspectives, researchers can create a comprehensive conceptual framework for studying CIN in patients with STEMI after emergency PCI.

Methodology

A retrospective review study was conducted involving patients who had been admitted at cardiac care unit, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand, from June 2015 to August 2019. Population consists of patients with STEMI who underwent emergency PCI, aged 18 years and older, and met the inclusion criteria. The sample size was calculated through a literature review and preliminary statistics on CIN, estimated at approximately 20% from patient records. Due to the unknown population size and proportion, the formula $n = (\text{z-score})^2 \times \text{StdDev} \times (1-\text{StdDev})/(E)^2$ was utilized at a 95% confidence level. Z-score = 1.96, StdDev = 0.20, and E (margin of error) = 0.05 were used in the formula. This yielded a minimum sample size of 246 individuals. To account for a potential 10% loss of data, data were collected resulting in a total sample size of 280. STEMI is defined according to international guidelines regarding patients with persistent chest discomfort or other symptoms suggestive of ischemia and ST segment elevation in at least two contiguous leads or with the onset of a left bundle branch block on the electrocardiogram and a subsequent leave of biomarkers of myocardial necrosis.[14] CIN is defined as an increase in baseline serum creatinine by more than 25% or 0.5 mg/dl within 48-72 hours after CM exposure.1 Exclusion criteria included patients who missed the serum creatinine measurement before PCI within 72 hours; end-stage renal disease (ESRD) patients who had previously undergone dialysis; who received contrast media agents during the first 72 hours of PCI; and/or who needed emergency cardiac surgery after coronary angiography.

Research Tools and Instrument Quality

1. Demographics data, including age, gender, comorbidities, clinical presentation, echocardiography, and initial or baseline, as well as follow-up, laboratory test results.

2. Diagnosis of STEMI, including the affected area, cardiac catheterization results, amount of CM received, and the use of cardiac support devices.

3. Medications affecting kidney function or blood circulation, including ACEI, diuretics, antibiotics, inotropic or vasopressor, as well as data on hydration received to prevent CIN.

The research tools have been reviewed by 3 qualified experts in the relevant field, and content adjustments were made based on their feedback. Disease diagnoses and treatments, as well as health

conditions, were conducted and managed by physicians following standard medical practice guidelines.

Protection of Research Participants' Rights

This study protocol was approved by the Siriraj Institutional Review Board (SIRB), Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, under number SI 288/2019. Following ethical approval, the researchers obtained permission from the director of Siriraj Hospital to proceed with data collection from electronic medical records. They applied their eligibility criteria and collected data using a case record form. The data, anonymized using codes or other formats that could identify the research participants, were handled to maintain the confidentiality of the sample data. The findings will be reported in a summarized manner without identifying any individual patients.

Statistical analysis

The quantitative data, which were continuous with a normal distribution, were presented using mean ± SD and were compared using the independent t-test. The continuous variables with non-normal distributions were presented using a median and interquartile range and were compared using the Mann-Whitney U-test. The proportion of categorical variables data is presented as percentages and was compared using the Pearson Chi-square test. Simple and multiple binary logistic regression analyses were employed to investigate the factors associated with CIN. Crude and adjusted odds ratios (AOR) were used to determine the direction of associations between independent factors and CIN. The results are expressed as associated factors with a 95% confidence interval (CI). A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results

A total of 280 participants who underwent emergency PCI were included for analysis. CIN developed in 46 patients (16.4%). Their average age was 64.0±12.6 years, and the majority of patients were male (73.7%). Baseline characteristics of the study population comparing between the group with CIN and the group without CIN as follows:

Table 1 Baseline characteristics, risk factors, laboratory results, clinical presentation, and procedure characteristic.

Characteristics	CIN (n = 46)	Non-CIN (n = 234)	p-value
Age, years (Mean±SD)	68.7±11.2	63.1±12.7	0.005
MAP, mmHg, Median(min,max)	68.5(60,113)	87.0(60,143)	0.001
Diabetes mellitus, n(%)	35(76.1)	107(45.7)	<0.001
Hypertension, n(%)	41(89.1)	143(61.1)	<0.001
Chronic kidney disease, n(%)	17(37.0)	35(15.0)	<0.001
Anemia, n(%)	23(50.0)	48(20.5)	<0.001
Prior myocardial infarction, n(%)	10(21.7)	20(8.5)	0.016
Heart failure, n(%)	37(80.4)	87(35.9)	<0.001
Cardiogenic shock, n(%)	30(65.2)	89(38.0)	0.001
Cardiac arrest, n(%)	14(30.4)	25(10.7)	<0.001

Table 1 Baseline characteristics, risk factors, laboratory results, clinical presentation, and procedure characteristic.

Characteristics		CIN (n = 46)	Non-CIN (n = 234)	p-value
LVEF, % (Mean±SD)		37.3±10.4	48.2±11.6	<0.001
Hb, mg/dl (Mean±SD)		12.6±2.5	13.7±2.3	0.016
Cr baseline, (mg/dl) Median(min,max)		1.24(0.63,3.37)	1.01(0.46,3.20)	<0.001
eGFR, ml/min/1.73 m2 (Mean±SD)		54.6±23.9	74.6±21.7	<0.001
Infraction part, n(%)	Anterior wall	31(67.4)	111(47.4)	0.013
	Lateral wall	9(16.6)	27(11.5)	0.137
	Posterior wall	2(4.3)	26(11.1)	0.162
	Inferior wall	13(28.3)	117(50.0)	0.007
	RV infarction	3(6.5)	36(15.4)	0.112
LVEDP (mmHg) Mean±SD		30.0±9.0	24.5±8.5	<0.001
Stent at, n(%)	LAD	32(69.6)	11(47.0)	0.005
	RCA	11(23.9)	107(45.7)	0.006
	LCx	6(13.0)	19(8.1)	0.268
Contrast volume, ml (Mean±SD)		186.6±34.9	147.0±35.9	<0.001
IABP, n(%)		20(43.5)	44(18.8)	<0.001

Abbreviations: CIN = contrast-induced nephropathy; BMI = Body Mass Index; MAP = mean arterial pressure; LVEF = left ventricular ejection fraction; Hb = hemoglobin; eGFR = estimated glomerular filtration rate; RV infarction = right ventricular infarction; LVEDP = left ventricular end diastolic pressure; LAD = left anterior descending artery; RCA = Right coronary artery; LCx = left circumflex artery; IABP = Intra-aortic balloon pump; *Significant difference with p-value < 0.05*

Table 1. The CIN group were older and had an underlying disease such as DM, HT, CKD stage 3 or above, or eGFR less than 60 ml/min/1.73 m^2, Anemia and prior myocardial infarction. The patients with CIN were more likely to have CHF, cardiogenic shock, and cardiac arrest. In addition, decreasing LVEF could significantly develop with CIN. As regards the laboratory investigation of CIN development, the mean± SD of Hb level was significantly lower than patients without CIN. Furthermore, the levels of serum creatinine were slightly higher in patients developing CIN than in those who did not. Most CIN patients had an anterior wall myocardial infarction which refers to the obstruction of the LAD. In contrast, the posterior wall, lateral wall, inferior and right ventricular infarction did not develop CIN significantly. The patients with CIN had higher LVEDP and were more likely to require an IABP.

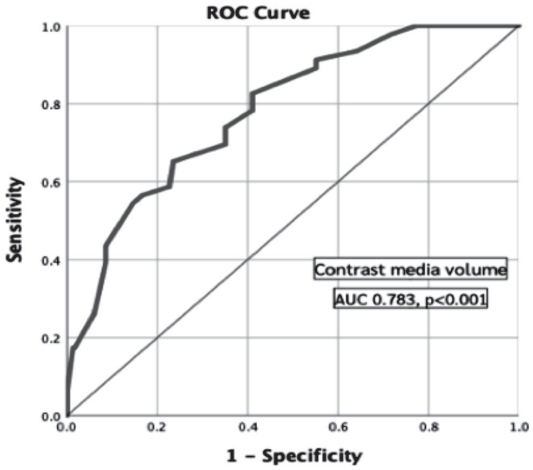


Figure 1. The contrast media agent received was used to generate the areas under the receiver operating characteristic curves (AUROC) to determine the optimal cut-off point in this study. Contrast agent received exceeding 160 milliliters is correlated with an increased risk of CIN (sensitivity 75.91, specificity 65.96, p<0.001)

Table 2 Medical treatment before receiving PCI and after PCI within 72 hours.

Medication		CIN (n = 46)	Non-CIN (n = 234)	p-value
Before PCI	ACEI, n(%)	7 (15.2)	91 (9.0)	0.307
	Loop diuretic, n(%)	13 (28.3)	23 (9.8)	0.002
	Inotropic/Vasopressor, n(%)	12 (26.1)	41 (17.5)	0.175
After PCI within 72 hours				
	ACEI, n(%)	6 (13.0)	109 (46.6)	<0.001
	Loop diuretic, n(%)	35 (76.1)	85 (36.3)	<0.001
	Ceftriaxone, n(%)	13 (28.3)	39 (16.7)	0.101
	Piperacillin/tazobactam, n(%)	15(32.6)	11(4.7)	<0.001
	Meropenem, n(%)	8 (17.4)	5 (2.1)	<0.001
	Vancomycin, n(%)	6 (13)	5(2.1)	0.003
	Inotropic or Vasopressor, n(%)	28 (60.9)	122 (52.1)	0.278
	NSS, ml (in 24 hours), Median (min, max)	490 (60,1300)	1100 (100,2760)	<0.001

Abbreviations: PCI = percutaneous coronary intervention; IV fluid = intravenous fluid; NSS = normal saline solution; ACEI = Angiotensin-converting enzyme inhibitors; Significant difference with p-value < 0.05

Table 2. CIN groups had higher proportion of being given loop diuretics both prior to and after PCI, and using antibiotics after PCI than non-CIN patients and Patients who received a lower volume of NSS had a higher chance of developing CIN. Nevertheless, the administration of inotropic and vasopressor showed no statistically significant association with the occurrence of CIN.

Table 3 Factors associated with CIN development in patients with STEMI undergoing emergency coronary angiography and/or percutaneous coronary intervention.

Factors	Crude OR (95%CI)	p-value	AOR (95%CI)	p-value
CM volume > 160ml	5.25(2.58-10.69)	<0.001	4.66(2.02-10.71)	<0.001
CHF	7.34(3.38-15.95)	<0.001	4.43(1.80-10.93)	0.001
Hypertension	5.22(1.99-13.69)	0.001	4.34(1.37-13.71)	0.013
Anemia	3.86(2.00-7.49)	<0.001	3.95(1.73-8.99)	0.001
Antibiotic usage	8.89(4.36-18.11)	<0.001	5.33(2.32-12.26)	<0.001

Abbreviations: OR = odds ratio; AOR = Adjusted odds ratio; 95%CI = 95%confidence interval; CM = contrast media; CHF = congestive heart failure; Significant difference with p-value < 0.05

Table3. Crude and adjusted odds ratio was used to determine the direction of associations between independent factors and CIN. Five factors were positively associated with CIN: receiving CM in volumes exceeding 160 milliliters (AOR 4.655, 95%CI:2.023-10.711, p< 0.001); CHF (AOR 4.433, 95%CI:1.798-10.927, p = 0.001); HT (AOR 4.335, 95%CI:1.370-13.711, p = 0.013); Anemia (AOR 3.946, 95%CI:1.731-8.994, p = 0.001); Antibiotic usage (AOR 5.332, 95%CI:2.318-12.264, p < 0.001); and were significantly associated with CIN development.

Discussion

STEMI patients who undergo emergency PCI have a higher incidence of CIN compared to patients undergoing other types of PCI procedures. Several significant factors associated with CIN were identified in this study, including receiving a CM volume greater than 160 ml, CHF, HT, anemia, and antibiotic usage. Additionally, CIN is indicative of a poorer quality of life for affected patients, as evidenced by longer hospital stays, an increased need for dialysis, and its broader impact on the healthcare system and mortality rates.

The incidence of CIN was 16.4% in this study. Numerous prior studies have reported CIN incidences in approximately 10-20% of patients following PCI.[3-5,7] The incidence could exceed 20% in elderly patients with pre-existing renal impairment,[15] particularly when combined with DM or CHF.5 In STEMI patients with both CHF and LVEF < 40% following PCI, a high incidence rate of 36.5% for CIN was observed.[16]

The exact pathophysiology of CIN remains unclear. CM directly affects the kidney tubular epithelial cells and vascular endothelial cells, leading to cytotoxic effects. CM triggers the development of vacuoles in kidney tubular cells through pinocytosis, causing osmotic nephrosis. This process is accompanied by mitochondrial dysfunction, resulting in the generation of reactive oxygen species (ROS) and apoptosis. The direct toxicity of CM results in the degradation of the tubular brush border, disruption of cell membrane integrity, and shedding of tubular epithelial cells into the lumen.[17,18] The harmful effects of contrast particles on endothelial cells result in elevated levels of endothelin and adenosine, along with reduced levels of nitric oxide (NO) and prostaglandins. As these changes persist, hypoxia and ischemia can develop. The dose of CM is important in the development of CIN, especially in individuals with pre-existing kidney dysfunction.[18] When the heart muscle lacks blood supply due to blockage in the coronary arteries, it leads to subsequent CHF. This results in a decrease in cardiac output due to reduced

contractility,[19] leading to hemodynamic instability and a reduced GFR.[20] CHF is a strong independent factor and an effective predictor of CIN[21]

Hypertension, as a chronic condition, which can ultimately result in kidney damage and cardiovascular disease. These mechanisms encompass factors such as salt and volume expansion, sympathetic nervous system hyperactivity, an upregulated renin-angiotensin-aldosterone system, vascular remodeling, endothelial dysfunction, and various signaling molecules. They can induce various alterations in the vasculature and kidney function, leading to structural changes in the small blood vessels of the kidneys, causing them to narrow and stiffen. This narrowing reduces blood flow into the kidneys, reduced renal perfusion can make the kidneys more vulnerable to injury when exposed to CM.[22]

In individuals with anemia, there is a reduction in red blood cells, resulting in a decreased oxygen-carrying capacity of the blood. This leads to insufficient oxygen delivery to cause renal medullary hypoxia. Simultaneously, exposure to CM causes blood vessels to constrict, reducing blood circulation in the kidneys. Consequently, anemia may make the kidneys more susceptible to injury when they come into contact with CM, which carries a risk of renal impairment.[23] Sreenivasan et al. conducted a study suggesting that the severity of anemia impacts the development of CIN24, and anemia significantly increases the risk of developing CIN in patients undergoing CAG or PCI, particularly in patients with CKD, as found in Wei Liang et al.'s study.[25]

In patients undergoing complex PCI with a prolonged procedure duration, there is an increased risk of bacterial contamination, particularly when the procedure involves the femoral artery approach.[26] In patients suspected of sepsis, especially in cases of hemodynamic instability, it is recommended to empirically administer at least one type of broad-spectrum antimicrobial following international guidelines when the causative pathogen is unknown.[27] It is well-established that antimicrobials can be nephrotoxic and can further increase the risk, especially in patients receiving CM during PCI.[30] Vancomycin is commonly used to treat infections caused by staphylococcal and streptococcal bacteria. However, acute tubular necrosis and acute interstitial nephritis are mechanisms that can lead to vancomycin-related acute kidney injury (AKI). The combination of vancomycin and piperacillin-tazobactam was associated with a higher incidence of AKI when compared to using vancomycin alone or in combination with meropenem in several studies.[28]

Limitations

First, this observational retrospective study is conducted at a single center and acknowledges the limitation of a relatively small study population, which involves the usual bias of such a retrospective analysis. However, it's worth noting that our patients are reflective of real-world emergency PCI cases. Second, CIN's incidence and influencing factors can differ based on various clinical practice guidelines and situations. Third, the study population focused specifically on patients who underwent emergency PCI.

Summary and Explanation

STEMI patients who undergo emergency PCI have a higher incidence of CIN. Several significant factors associated with CIN were identified in this study, including receiving a contrast medium volume greater than 160 ml, CHF, HT, anemia, and antibiotic usage. Additionally, CIN is indicative of a poorer quality of life for affected patients, as evidenced by longer hospital stays, an increased need for dialysis, and its broader impact on the healthcare system and

mortality rates.

Suggestions obtained from research: The research found a high incidence of CIN following emergency PCI. Based on these findings, we recommend implementing early screening for high-risk patients, particularly those with HT, CHF, and anemia. It is important to limit the volume of CM used during PCI procedures and to be cautious when prescribing nephrotoxic drugs, such as certain antibiotics. However, other factors may also play a role. It is recommended to regularly review and update clinical practice guidelines to reduce the incidence of contrast-induced nephropathy in patients undergoing emergency PCI, thereby improving overall patient outcomes.

Suggestions for further Research: Conduct studies on larger and multi-center, diverse populations to validate current findings and refine risk stratification models. Additionally, investigate the occurrence of CIN and compare it with other cardiovascular procedures, such as Transcatheter Aortic Valve Implantation.

Conflict of interest

The authors declared that we have no conflicts of interest to disclose.

References

1. Sun G, Chen P, Wang K, Li H, Chen S, Liu J, et al. Contrast-induced nephropathy and long-term mortality after percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction. Angiology. 2019;70(7): 621-6.
2. Silvain J, Nguyen LS, Spagnoli V, Kerneis M, Guedeney P, Vignolles N, et al. Contrast-induced acute kidney injury and mortality in ST elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention. Heart. 2018;104(9): 767-72.
3. He H, Chen X-R, Chen Y-Q, Niu T-S, & Liao Y-M. Prevalence and Predictors of Contrast-Induced Nephropathy (CIN) in Patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Undergoing Percutaneous Coronary Intervention (PCI): A Meta-Analysis. Journal of Interventional Cardiology. 2019;2019 e2750173.
4. Khalfallah M, Allaithy A, & Maria DA. Incidence, Predictors and Outcomes of Contrast Induced Nephropathy in Patients with ST Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention. Global Heart. 2021;16(1): e57.
5. Faggioni M, & Mehran R. Preventing Contrast-induced Renal Failure: A Guide. Interventional Cardiology Review. 2016;11(2): 98-104.
6. Mehran R, & Nikolsky E. Contrast-induced nephropathy: Definition, epidemiology, and patients at risk. Kidney International Journal. 2006;69: e11-5.
7. Legnazzi M, & Agnello F, & Capodanno D. Prevention of contrast-induced acute kidney injury in patients undergoing percutaneous coronary intervention. Kardiologia Polska (Polish Heart Journal). 2020;78(10): 967-73.
8. Shams E, & Mayrovitz HN. Contrast-induced nephropathy: a review of mechanisms and risks. Cureus. 2021;13(5): e14842.

9. Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, Bates ER, Beckie TM, Bischoff JM, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology. 2022;79(2): e21-e129.
10. Bohplian S UP. Nurses' Roles in Decreasing Delay Access to Treatment in Acute Coronary Syndrome Patients. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2): 78-83. (In Thai)
11. Samsky MD, Morrow DA, Proudfoot AG, Hochman JS, Thiele H, & Rao SV. Cardiogenic shock after acute myocardial infarction: a review. Journal of the American Medical Association. 2021;326(18): 1840-50.
12. Liu Y, Li H, Chen S, Chen J, Tan N, Zhou Y, et al. Excessively High Hydration Volume May Not Be Associated With Decreased Risk of Contrast-Induced Acute Kidney Injury After Percutaneous Coronary Intervention in Patients With Renal Insufficiency. Journal of the American Heart Association. 2016;5(6): e003171.
13. Maioli M, Toso A, Leoncini M, Micheletti C, & Bellandi F. Effects of Hydration in Contrast-Induced Acute Kidney Injury After Primary Angioplasty. Circulation: Cardiovascular Interventions. 2011;4(5): 456-62.
14. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2018;39(2): 119-77.
15. Almendarez M, Gurm HS, Mariani J, Montorfano M, Brilakis ES, Mehran R, et al. Procedural strategies to reduce the incidence of contrast-induced acute kidney injury during percutaneous coronary intervention. JACC: Cardiovascular Interventions. 2019;12(19): 1877-88.
16. Liu C, Caughey MC, Smith SC, & Dai X. Elevated left ventricular end diastolic pressure is associated with increased risk of contrast-induced acute kidney injury in patients undergoing percutaneous coronary intervention. International Journal of Cardiology. 2020;306: e196-e202.
17. Cho E, Ko G-J. The Pathophysiology and the Management of Radiocontrast-Induced Nephropathy. Diagnostics. 2022;12(1): e180.
18. Mamoulakis C, Tsarouhas K, Fragkiadoulaki I, Heretis I, Wilks MF, Spandidos DA, et al. Contrast-induced nephropathy: Basic concepts, pathophysiological implications and prevention strategies. Pharmacology & therapeutics. 2017;180(1): 99-112.

19. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal. 2021;42(36): 3599-726.
20. Giancarlo M, Nicola C, & Antonio LB. Acute kidney injury in patients with acute coronary syndromes. Heart. 2015;101(22): 1778-85.
21. Abellás-Sequeiros R, Raposeiras-Roubín S, Abu-Assi E, González-Salvado V, Iglesias-Álvarez D, Redondo-Diéguez A, et al. Mehran contrast nephropathy risk score: is it still useful 10 years later? Journal of Cardiology. 2016;67(3): 262-67.
22. Ameer OZ. Hypertension in chronic kidney disease: What lies behind the scene. Frontiers in Pharmacology. 2022;13: e949260.
23. Rakowski T, Dziewierz A, Wegiel M, Siudak Z, Zasada W, Jakała J, et al. Risk factors of contrast-induced nephropathy in patients with acute coronary syndrome. Kardiologia Polska (Polish Heart Journal). 2022;80(7): 760-4.
24. Sreenivasan J, Zhuo M, Khan MS, Li H, Fugar S, Desai P, et al. Anemia (hemoglobin≤ 13 g/dL) as a risk factor for contrast-induced acute kidney injury following coronary angiography. The American Journal of Cardiology. 2018;122(6): 961-5.
25. Liang W, Yu CJ, Wang QY, & Yu J. Anemia is associated with increased risk of contrast-induced acute kidney injury: A Systematic Review and Meta-analysis. Bioengineered. 2021;12(1): 648-61.
26. Ishii H. Coronary stent infection: A catastrophic complication after percutaneous coronary intervention. International Journal of Cardiology. 2021;344: e82-3.
27. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Critical care medicine. 2021;47(11): 1181-247.
28. Campbell RE, Chen CH, & Edelstein CL. Overview of Antibiotic-Induced Nephrotoxicity. Kidney International Reports. 2023;8(11): 2211-25.

ผลการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล

The Effect of Case Based Learning on Critical Thinking of Nursing Students

ฝากจิต รัตนปัญญากร* อริยา ดีประเสริฐ
Farkjit Rattanapanyakorn* Ariya Deeprasert
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Suandusit University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 43 ราย และกลุ่มทดลอง 43 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบอย่างง่าย โดยกลุ่มควบคุมให้เรียนแบบเดิมโดยการบรรยาย ส่วนกลุ่มทดลองให้เรียนแบบกรณีศึกษา เครื่องมือวิจัย คือ แผนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาและแบบวัดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และแบบวัดฯ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. คะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย พบว่าควรฝึกการคิดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้คำถามให้ผู้เรียนได้ใช้กระบวนการคิด กระตุ้นความสนใจด้วยสื่อการสอนหรือสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation)

คำสำคัญ : การเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา, การคิดอย่างมีวิจารณญาณ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to: 1) compare critical thinking scores between the experimental and control groups; and 2) compare the critical thinking scores of nursing students before and after attending case-based learning. The participants were 86 third-year nursing students. Simple random sampling was applied, and the participants were equally assigned into either the experimental or control groups, with 43 in each group. The control group received a conventional learning approach toward the lecture method, while the experimental group received case-based learning. The instruments included lesson plans using case-based learning and critical thinking models developed by the researcher. All of the instruments were tested for content validity. The reliability of critical thinking was 0.80. The data were analyzed using an

Corresponding Author: *e-mail: farkjit_rat@dusit.ac.th

วันที่รับ (Received) 12 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 9 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 20 เม.ย. 2567

independent t-test. The research results are as follows: 1.The mean score of critical thinking in the experimental group was higher when compared to the control group at the significant level of .00. 2. The mean score of the critical thinking of nursing students after engaging in case-based learning was higher than the baseline at the significant level of .01.

For the recommendation of the research findings, nursing instructors should upskill the nursing diagnosis and nursing intervention for learners to inspire the thought process as well as motivate the students' interest in teaching materials or simulation.

Keywords : Case based learning, Critical thinking, Nursing Students

บทนำ

การจัดการศึกษาควรต้องเน้นการพัฒนาการเรียนการสอนในเชิงคุณภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว สำหรับการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เป็นการเรียนการสอนที่ประกอบด้วยการเรียนภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนทุกรูปแบบมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมให้บัณฑิตพยาบาลมีสมรรถนะที่สามารถให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมุ่งเน้นให้ผู้มารับบริการได้รับความปลอดภัยสูงสุด สำหรับสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จัดการเรียนการสอนในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ให้แก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้นักศึกษาเรียนรู้และเข้าใจถึงแนวคิด หลักการ และทฤษฎีทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และสามารถนำเครื่องมือในการบำบัดทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กระบวนการพยาบาลจิตเวช การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต กฎหมายและจริยธรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช แนวคิดการบำบัดรักษาทางจิตเวชในบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชน มาใช้ให้เกิดความปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุด เนื่องจากปีที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรค Covid-19 จึงมีความจำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนด้วยระบบออนไลน์รูปแบบการบรรยาย หรือจัดการเรียนการสอนในรูปแบบเดิม คืออาจารย์ผู้สอนเน้นการบรรยายเป็นหลัก ได้นำข้อมูลที่ได้จากนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอน มาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคจากการเรียนการสอนแบบเดิม (รูปแบบการบรรยาย) สรุปได้ว่า นักศึกษาจะเกิดความเบื่อหน่าย ในการนั่งฟังบรรยายเป็นเวลานาน ฟังตลอดเวลาทำความเข้าใจในเนื้อหายาก เนื่องจากไม่เคยเห็นผู้ป่วยจริงและเนื้อหาที่เรียนมากเกินไป ไม่สามารถเชื่อมโยง/คิดวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยจิตเวช นำมาซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลได้ เนื่องจากการพยาบาลจิตเวชไม่มีห้องปฏิบัติการทางคลินิก ทำให้นักศึกษาพยาบาลไม่สามารถนึกถึงภาพของผู้ป่วยจิตเวชได้ ฟังการเรียนการสอนรู้สึกกลัวผู้ป่วยจิตเวช ทำให้การคิดวิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้การบำบัดทางการพยาบาลเป็นไปด้วยความไม่เข้าใจ

การจัดการเรียนการสอน จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนการสอน ทั้งผู้สอนและผู้เรียนโดยลดบทบาทของผู้สอนลงจากการบอกเล่า บรรยาย สาธิต เป็นการวางแผนจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้กิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้มหาวิทยาลัยสวนดุสิตมีนโยบายในการจัดการเรียนการสอนแบบ Active learning ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (learner center) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ Case-based learning เป็นการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ทำให้ผู้เรียนได้นำความรู้มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์เสมือนจริง ซึ่งจะเป็นการพัฒนากระบวนการคิดขั้นสูง การเรียนรู้โดยใช้ case-based learning ผู้เรียนจะต้องทำความเข้าใจสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางแก้ไขปัญหา ตัดสินใจ รวมถึงการสะท้อนคิด จากผลของทางเลือก ในขณะที่ผู้สอนมีหน้าที่ในการเตรียมกรณีศึกษารวมถึงมุมมอง และทางแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย[1] ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความรู้ทางทฤษฎีและตัวอย่างจริงที่เกี่ยวข้อง มีข้อเสนอแนะต่อวิธีการแก้ปัญหา ลักษณะของกรณีศึกษา จะต้องประกอบไปด้วยปัญหา และวิธีการแก้ไขที่เชื่อมโยงกับความเป็นจริง มีเทคนิคในการเล่าเรื่องและมุมมองที่แตกต่าง รวมถึงประเด็นขัดแย้งอันจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างนักศึกษา มีส่วนพัฒนาการสืบค้น การวิเคราะห์การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และหาแนวทางแก้ไขหรือปรับปรุงสิ่งที่เกิดตามกรณีศึกษาให้ดีขึ้น[1] นอกจากนี้ยังทำให้นักศึกษาได้

ทำงานร่วมกัน และได้พัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันด้วย ดังตัวอย่าง ผลการวิจัยที่พบว่าภายหลังจากที่นักศึกษากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนที่ใช้กรณีศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความสามารถทางการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[2]

การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา (Case-based learning) เป็นการปรับตัวของการเรียนรู้ตามกรณี และเป็นที่นิยมในการศึกษาด้านการแพทย์และการพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทักษะทางการแพทย์ การผ่าตัดหรือการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ[3] แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา ที่ส่งเสริมความสามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถนำไปใช้กับการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชได้หรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีปัญหาในการรับรู้ การคิด และพฤติกรรม ในการเกิดโรคทางจิตเวชจะมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับทฤษฎีต่าง ๆ ทางการพยาบาลจิตเวช เมื่อค้นหาปัจจัยการเกิดโรคของผู้ป่วยได้ถูกต้องจะส่งผลให้สามารถนำไปวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม กระบวนการพยาบาลจิตเวชเป็นการดูแลบำบัด ช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาทางจิตเวชให้สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การที่จะดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและปลอดภัยนั้นต้องอาศัยความรู้และทักษะต่างๆ ของผู้ดูแลในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนกิจกรรมการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผล จากการเรียนการสอนรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชที่ผ่านมาพบว่าผู้เรียนไม่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีลักษณะเป็นการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ต้องวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุการเกิดโรคโดยเชื่อมโยงทฤษฎีทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการพยาบาล จำเป็นต้องใช้การคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ ต้องมีทักษะในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้ Case-based learning สามารถช่วยแก้ไขปัญหาที่กล่าวมาได้ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนมองเห็นภาพของผู้ป่วยผ่านสถานการณ์ของกรณีศึกษาได้ ทำให้มีความเข้าใจและสร้างองค์ความรู้ขึ้นมาได้โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์และส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนที่ดีขึ้น และการศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีที่เรียนรู้ทักษะการประเมินสุขภาพ พบว่า การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อช่วยลดช่องว่างระหว่างการเรียนรู้ในห้องเรียนและการปฏิบัติทางคลินิก สามารถนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ทักษะการประเมินสุขภาพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีในประเทศจีน ได้ทำการศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีในกลุ่มทดลองดีกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจในตนเอง สำหรับนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุมหลังจากใช้กรณีศึกษาในการสอน มีความแตกต่างทางสถิติในการทดสอบทฤษฎี อีกทั้งจากการตรวจสอบผลการสอนโดยทีมวิจัยของประเทศจีน พบว่ากว่า 50% ของนักเรียนกลัวที่จะทำการตรวจร่างกายสำหรับผู้ป่วยจริง เนื่องจากการปฏิบัติที่ไม่เพียงพอในสภาพแวดล้อมทางคลินิกจริง พวกเขามีปัญหาในการวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังจากเสร็จสิ้นการประเมินสุขภาพ เนื่องจากขาดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เน้นการปฏิบัติ การพัฒนาทักษะการพยาบาล จึงขึ้นอยู่กับห้องปฏิบัติการและการปฏิบัติทางคลินิก แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา (Case-based learning) มักใช้ในการสอนเชิงทฤษฎีหรือการบรรยายในชั้นเรียน จะก่อให้เกิดความรู้ทางทฤษฎีสามารถถ่ายโอนไปสู่การปฏิบัติทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ[4] และการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จะเพิ่มความสามารถในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกที่ซับซ้อนได้[5]

ดังนั้นควรบูรณาการการคิดอย่างมีวิจารณญาณเข้ากับกระบวนการพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลจิตเวช[6] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 5 ว่าด้วยการพยาบาลจิตเวชในระยะเฉียบพลัน วิกฤต และเรื้อรัง ในเนื้อหาการพยาบาลผู้ที่มีกลุ่มโรควิตกกังวล การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด และการพยาบาลผู้มีโรคจากเหตุสะเทือนขวัญและความเครียด ซึ่งถือเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถที่

สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เพื่อทดสอบว่าการใช้การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา (Case-based learning) สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้รับการศึกษาทักษะการเรียนรู้การประเมินสุขภาพจิต จะช่วยเพิ่มการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการเรียนรู้แบบดั้งเดิมหรือไม่ โดยหวังว่าผลของการวิจัยน่าจะเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการในการทำวิจัยในชั้นเรียนและประยุกต์ใช้สำหรับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาอื่น ๆ ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

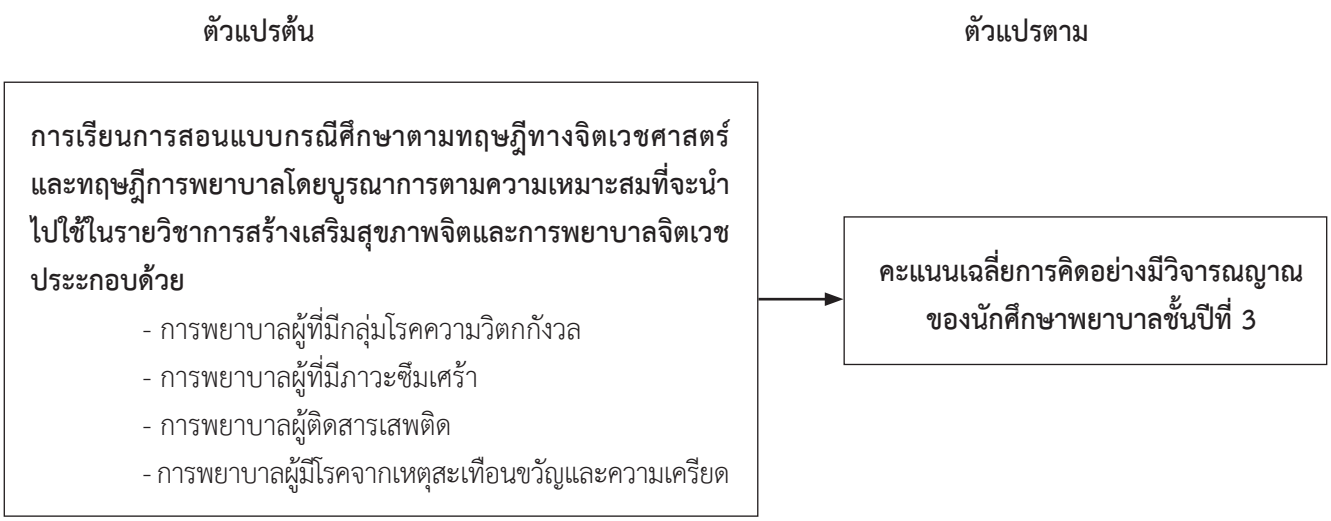
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา

สมมติฐาน

1. คะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 กลุ่มทดลองที่เรียนรู้ด้วย Case based learning สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนรู้แบบเดิมโดยการบรรยาย

2. คะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลังการเรียนการสอนแบบ Case based learning สูงกว่าก่อนการเรียนการสอน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 43 ราย ให้เรียนแบบเดิมโดยการบรรยาย และกลุ่มทดลอง 43 ราย ให้เรียนแบบกรณีศึกษา ที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง คัดเลือกโดยการสุ่มแบบอย่างง่าย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแผนการดำเนินการวิจัย ไว้ดังนี้

เดือน ปี	กิจกรรม
มกราคม 2566	ระยะที่ 1 เตรียมการ 1.1 ศึกษาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและวางแผนการทำงาน 1.2 ประชุมร่วมกันระหว่างทีมผู้สอนจัดทำแผนการทำงาน 1.3 ติดต่อประสานงานกับนักศึกษาพยาบาล 1.4 จัดเตรียมเครื่องมือวิจัย 1.5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียด พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
มกราคม - พฤษภาคม 2566	ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาในการสอน ครั้งละ 3 ชั่วโมง x 3 ครั้ง) 2.1 ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำ pretest 2.2 กลุ่มทดลองดำเนินการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case based learning) ในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต หน่วยที่ 5 เนื้อหาการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตสังคม การพยาบาลผู้มีกลุ่ม โรคความวิตกกังวล การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด และการพยาบาลผู้มีโรคจากเหตุสะเทือนขวัญและความเครียด โดยการให้นักศึกษาแบ่งกลุ่มตอบลงในใบงาน situation analysis จำนวน 4 สถานการณ์/กลุ่ม โดยให้คิดวิเคราะห์สังเคราะห์ และตัดสินใจแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา การใช้สติปัญญาในการสรุปสถานการณ์อย่างสมเหตุสมผล ตามหัวข้อทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1. กำหนดเป้าหมายการคิด 2. ปัญหาทางการพยาบาล 3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4. การพยาบาล 5. ประเมินผลการพยาบาล และร่วมกัน Conference กับอาจารย์ผู้สอน เวลาที่ใช้ในการเรียนการสอน จำนวน 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง รวม 9 ชั่วโมง เก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งที่ดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมให้เรียนโดยวิธีการบรรยาย การซักถาม-ตอบ สรุปท้ายบทเรียน โดยการนัดหมายให้เรียนนอกชั่วโมงเรียนให้ครบตามตารางเรียน 2.3 ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำ posttest 2.4 จัดให้กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมเหมือนกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการวิจัย
มิถุนายน - กันยายน 2566	ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย และในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยสวนดุสิต ตามหนังสือรับรองรหัสโครงการ HS029/2565 ลงวันที่ 17 มกราคม 2566 และได้รับอนุมัติเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของอาสาสมัครวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แผนการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา (Case based learning) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางจิตเวชศาสตร์ และทฤษฎีการพยาบาล[7] โดยบูรณาการตามความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในรายวิชาการสร้าง

เสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ได้แผนการสอนที่พัฒนาขึ้นเป็นกรณีศึกษาที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 4 สถานการณ์ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม โรควิตกกังวล การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าการพยาบาลผู้ติดสารเสพติด และการพยาบาลผู้มีโรคจากเหตุสะเทือนขวัญและความเครียด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 ราย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณตามกรอบแนวคิด[2] โดยแบบวัดฯ ที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบวัดที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามอัตนัยจากกรณีศึกษา 4 สถานการณ์ โดยให้คิดวิเคราะห์สังเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหา เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา การใช้สติปัญญาในการสรุปสถานการณ์อย่างสมเหตุสมผล โดยปรับแก้หัวข้อทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 5 ขั้น[2] ดังนี้ 1. กำหนดเป้าหมายการคิด 2. ปัญหาทางการพยาบาล (การนิยามปัญหาหรือคำถาม) 3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (กำหนดข้อวินิจฉัยในการแก้ปัญหา) 4. การพยาบาล (พิจารณาการใช้ข้อมูลศาสตร์การเรียนการสอน) 5. ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินและตัดสินใจลงข้อสรุป) โดยให้คะแนนตามหลัก Rubrics มี 5 ขั้นตอน 4 ระดับคุณภาพ 2 (ค่าน้ำหนักขั้นตอนละ 1 เท่า คะแนนรวมขั้นตอนละ 4 คะแนน) รวมคะแนนที่ได้สถานการณ์ละ 20 คะแนน มี 4 สถานการณ์ คะแนนรวมทั้งสิ้น 80 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร Kuder-Richardson ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2566 ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ๆ ละ 43 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการและไม่มีแบบวัดที่ไม่สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ก่อน-หลังได้รับการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา โดยใช้สถิติ paired sample t-test และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ในการวิเคราะห์ผลข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังการทดลองการสอนโดยใช้ Case based learning

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (n = 43)

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ	M	SD	t	p-value	ระดับ
ก่อนการทดลอง	50.80	6.05	9.77	.01	ปานกลาง
หลังการทดลอง	67.40	7.19			สูงมาก

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์หลังการทดลอง (M = 67.40, S.D. = 7.19) อยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 50.80, S.D. = 6.05) อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 43) และกลุ่มควบคุม (n = 43)

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ	M	SD	t	p-value
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	67.40	7.19	4.307	.00
กลุ่มควบคุม	49.80	5.63		

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การเรียนการสอบแบบกรณีศึกษา (Case based learning) เพื่อเพิ่มทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเมื่อเปรียบเทียบกับการสอนแบบเดิมในรูปแบบการบรรยาย การสอนโดยใช้ Case based learning ที่เป็นจริงหรือในสถานการณ์เสมือนจริง ที่เขียนขึ้นจากเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยมีเนื้อหาทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย การพยาบาลผู้มีกลุ่มโรคความวิตกกังวล การพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้า การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด และการพยาบาลผู้มีโรคจากเหตุสะเทือนขวัญและความเครียดที่เป็นปัญหาที่ท้าทาย อย่างละ 1 สถานการณ์ รวมทั้งหมด 4 สถานการณ์ เป็นเคสกรณีศึกษาโดยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ประกอบด้วยกระบวนการเรียนการสอน 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการคิด ปัญหาทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล (พร้อมระบุเหตุผล) และประเมินผลการพยาบาล มีการอภิปรายและนำเสนอในชั้นเรียนร่วมกับการสะท้อนคิด เพื่อให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์เชื่อมโยงความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (learner center)[8]

จากการวิจัยพบว่าคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่จัดการสอนโดยใช้ Case Based Learning โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.40 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.19 คิดเป็นร้อยละ 84.25 อยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนการทดลอง โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 50.80 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.05น คิดเป็นร้อยละ 63.50 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยเรื่อง “Effective LRC: Case based learning” ด้านการดำเนินงาน ด้านการศึกษา เพื่อใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในวิชา พยคร 385 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ เกิดการเรียนรู้จากการใช้ความคิดชั้นสูงโดยการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย นอกจากนี้รูปแบบการเรียนรู้แบบ Case based Learning นี้จะเป็นประโยชน์กรณีเกิดสถานการณ์โรคระบาดรอบสอง เพราะจะช่วยทดแทนฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริงกรณีผู้เรียนไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยได้ และด้านวิจัยเริ่มเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเรียนในห้องปฏิบัติการ LRC โดยใช้ Case based leaning ในวิชา พยคร 385 ช่วยเสริมสร้างสมรรถนะทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุและการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่สูงขึ้น[9]

2. การศึกษาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล หลังการสอนโดยใช้ Case based Learning พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน ทั้งนี้ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประเมินผลการพยาบาล (M = 14.80, S.D. = 1.30) อยู่ในระดับสูงมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทักษะการประเมินผลการพยาบาลเป็นทักษะลำดับสุดท้ายของกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลได้ผ่านกระบวนการทุกขั้นตอนของการคิดอย่างมีวิจารณญาณมาแล้ว และมีข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจลงข้อสรุปได้ ส่วนด้านกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลพร้อมระบุเหตุผล (M = 12.60, S.D. = 1.14) และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (M = 12.20, S.D. = 1.30) อยู่ในระดับสูงเป็นลำดับสุดท้าย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชเป็นเรื่องที่ทำความเข้าใจยาก และไม่มีพื้นฐานการเรียนการสอนมาก่อน ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของภาคทฤษฎี เนื่องจากมุ่งให้นักศึกษามีความรู้พื้นฐานทางวิชาชีพ การจัดตารางการสอนจึงเป็นลักษณะ

ของการเรียนการสอนนักศึกษากลุ่มใหญ่ การออกแบบการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้ความรู้ หรือการสอนให้เกิดการถ่ายโยง การเรียนรู้ ความรู้ หรือทักษะอาจกระทำได้ยาก เมื่อเวลาผ่านไปความคงทนในการเรียนรู้ของนักศึกษาจึงมีน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่า รอยความจำ (Memory Trace) ในสมองจะเลือนหายไปตามเวลา ทำให้สิ่งที่เรียนรู้หรือจำไว้ค่อย ๆ เลือนหายไป อาจมีข้อจำกัดบางประการในด้านการอ่านเชิงวิเคราะห์ จึงทำให้ไม่สามารถแยกแยะประเด็นสำคัญ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ดีเท่าที่ควร[2] ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนจึงควรเน้นความสำคัญกับการฝึกอ่านเชิงวิเคราะห์ เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลวิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งนี้เมื่อกระบวนการคิดในแต่ละขั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้การคิดนั้นเกิดคุณภาพตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีที่เรียนรู้ทักษะการประเมินสุขภาพ พบว่า การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยลดช่องว่างระหว่างการเรียนรู้ในห้องเรียนและการปฏิบัติทางคลินิก[10] จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าการสอนให้นักศึกษาพยาบาลมีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้สอนต้องอธิบายรายวิชาให้ชัดเจน เรียนรู้ด้วยตนเอง อภิปรายกลุ่ม นำเสนอร่วมกับการสะท้อนคิด และที่สำคัญเน้นให้มีการสอนด้วยกรณีศึกษา[11] ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลและทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ส่งผลกับความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยตรง[12]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ การนำการสอนแบบ Case based learning ไปใช้ ในกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความสามารถด้านข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล ต่ำกว่าขั้นตอนอื่น ๆ ดังนั้น

1. ควรจัดอบรมวิธีการสอนแบบ Case based learning ให้กับอาจารย์ เพื่อเพิ่มทักษะการเรียนการสอนทางการพยาบาลจิตเวชที่เน้นกรณีศึกษา และเนื้อหาที่สำคัญให้นักศึกษามีความรู้ ทักษะทางการพยาบาลจิตเวช ต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้

2. ควรสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองระหว่างผู้เรียนและผู้สอนโดยใช้การพูดคุย การใช้คำถามให้ผู้เรียนได้ใช้กระบวนการคิด กระตุ้นความสนใจด้วยสื่อการสอนหรือสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมระหว่างการเรียนในชั้นเรียนและการเรียนแบบ Case Base Learning ที่ส่งผลต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

2. อาจนำรูปแบบการสอนนี้ไปทดลองเปรียบเทียบหรือออกแบบบูรณาการกับรูปแบบการสอนอื่น เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพที่สุดต่อไป

References

1. Poomrawee R. Effects of Case-Based Teaching and Learning on Academic Aachievement of Undergraduate Students in a Private University in Bangkok. Report the Research, Faculty of Public Health, Bangkok Thonburi University; 2014. (in Thai).
2. Kitroongrueng P. The Development of an instructional model using Case Based Learning based on Science of Teaching to enhance Student Teachers' Critical Thinking. (thesis). Bangkok, Silpakorn University; 2017. (in Thai)
3. Millis J, West C, Langtree T, Usher K, Henry R, Chamberlain-Salaun J, Mason M. Putting it together: Unfolding case studies and high-fidelity simulation in the first-year of an undergraduate nursing curriculum. International Journal of Nursing and Education. 2014; 14(2) : 12-7.
4. Chunhua Ma, & Wei Zhou. The effect of unfolding case-based learning on the achievement, critical thinking, and self-confidence of undergraduate nursing students learning health a assessment skills. 2022.

5. Carter JT, Welch S. The effectiveness of unfolding case studies on and nursing students' level of knowledge and critical thinking skills. Journal of Teaching and Learning in Nursing. 2016; 11(1): 143–6.
6. Lueboonthawatchai O. Critical Thinking: Teaching and Learning in Nursing. Bangkok: Chulalongkorn Press. 2010. (in Thai)
7. Lueboonthawatchai O. Health Nursing and Psychiatry. Bangkok: Chulalongkorn Press. 2017. (in Thai)
8. Popil, I. Promotion of critical thinking by using case studies as teaching method. Nursing Education Today. 2010; 31(2): 204-7.
9. Sriprasong S. Activity "Effective LRC: Case-Based Learning". 2020. (in Thai)
10. Kusump V, & Hengyosmak AR. Effects of Case-Based Learning on Persistence Learning of nursing students. Bangkok Thonburi University Academic Journal. 2019; 8(1): 187-95. (in Thai)
11. Wongsaree Ch. Teaching to Critical thinking in Generation Z Nursing Student: A Review of Literature. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 21-9. (in Thai)
12. Sawangchit S, Wongsaita N, Kanglee K. Klinchet N, Srichum D, Thacheephan TH. Development of Learning Nursing Skill Program via Digital Media to Encourage Clinical Judgment 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)

ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : มุมมองของผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และญาติ

Conditional Factors Associated with Behaviors for Preventing Relapse of Major Depressive Disorder in The Older Persons: Perspectives of Older Persons who had Remission and Non-Relapsed of Major Depressive Disorders and Their Relatives

หทัยรัตน์ สายมาอินทร์* ประทีป จินงี่ อมราพร สุรการ นริสรา พึ่งโพสภ
Hathairat Saima-in* Prateep Jinnge Amaraporn Surakarn Narisara Peungposop
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพ ประเทศไทย 10110
Srinakharinwirot University, Bangkok Thailand 10110

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทำความเข้าใจปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้า เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว และปัจจัยอื่นที่สนับสนุนและปัญหา/อุปสรรค โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบเฉพาะกรณี เนื่องจากเลือกผู้ที่ทำการศึกษาเป็นตัวแทนของกรณี ผู้เข้าร่วมวิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เป็นผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า จำนวน 6 คน และญาติ จำนวน 6 คน รวมจำนวน 12 คน ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกขณะการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า จากมุมมองของผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและญาติ พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่ง 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางจิตสังคม 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้า เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว 2) ปัจจัยอื่นที่สนับสนุนและปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ด้านอารมณ์จิตใจ ได้รับกำลังใจ ด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ด้านเศรษฐกิจ ผลการวิจัยนี้เป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้า, เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด, การแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว, ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค, พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

Corresponding author: *E-mail: hathairat.kai@g.swu.ac.th
นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่รับ (Received) 19 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 18 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 6 ก.ค. 2567

Abstract

The objective of this research was to study and understand conditional factors associated with behaviors for preventing relapse of major depressive disorder in the older persons, namely self-efficacy for coping with depression, stressful life events, expressed emotion of family members, other factors that supportive and obstacles. This research was qualitative research by case study design with research participants are older persons who remission and non-relapsed of major depressive disorder 6 persons and their relatives 6 persons, total 12 persons. Data were collected through in-depth interviews, and recorded the interview speech, and the data were analyzed using content analysis. The research results found that the perspectives of the older persons and their relatives on the conditional factors associated with behaviors for preventing relapse of major depressive disorder in the older persons is divided into 2 parts; Part 1: psychosocial factors associated with behaviors for preventing relapse of major depressive disorder in the older persons referring to 3 main factors: 1) Self-efficacy for coping with depression 2) Stressful life events 3) Expressed emotion of family members. Part 2: other factors that supportive and obstacles to the behaviors for preventing relapse of major depressive disorder in the older persons are include emotional and mental aspects, knowledge and information aspects, and economics aspects. It is knowledge for the development of tools and programs to enhance the behavior of preventing relapse for older patients with major depressive disorder in the further.

Keywords: self-efficacy for coping with depression, stressful life events, expressed emotion of family members, supportive factors and obstacles, behaviors for preventing relapse, major depressive disorder in the older persons

บทนำ

ปัญหาร้ายแรงอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุที่หายทุเลาจากโรคซึมเศร้า คือ การกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของโรคซึมเศร้า ซึ่งโอกาสจะกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาภายใน 6 เดือน มีถึงร้อยละ 38 โดยพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งที่ 1, 2 และ 3 มากถึงร้อยละ 50, 70 และ 90 ตามลำดับ[1] และจากการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของคนไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำภาพรวมทั้งประเทศ ร้อยละ 33.67[2] ซึ่งมีผลกระทบต่อตนเอง เช่น เบื่อหน่ายท้อแท้ หดหู่ อารมณ์หงุดหงิดง่าย ไม่ค่อยมีสมาธิ รู้สึกด้อยค่า ความสามารถในการทำงานลดลง นอนไม่หลับ ไม่มีความสุข บางคนคิดอยากฆ่าตัวตาย เกิดความรู้สึกและอารมณ์ด้านลบได้ง่าย อาทิเช่น หงุดหงิดง่าย น้อยใจง่าย เป็นต้น ร่วมกับอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าอาจทำงานได้ไม่ดีเหมือนในอดีต หรือ ไม่สามารถทำอะไรได้เลย อาจทำให้ครอบครัวมีปัญหาด้านการเงิน เศรษฐกิจ เกิดการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว ส่วนผลกระทบต่อสังคมส่วนใหญ่อาจมีผลต่อพฤติกรรมของบุตรหรือคนในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่เหมาะสมและเป็นปัญหาสังคม[3,4] นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง 17.17%[2] ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุจะทำให้ช่วยลดการเกิดปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิตที่รุนแรงนี้[4] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สรุปเป็นองค์ประกอบ 3 ส่วน มี 22 พฤติกรรม ได้แก่ ส่วนที่ 1 ระบุสัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า มี 1 พฤติกรรม ส่วนที่ 2 ดำเนินการการจัดการกับสัญญานเตือน มี 16 พฤติกรรม ส่วนที่ 3 ขอความช่วยเหลือจากภายนอกเมื่อจำเป็น มี 5 พฤติกรรม[5-7] จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการกระทำของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการกลับมามีอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่เป็นทั้งระยะอาการกำเริบ คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น, แต่ยังมีความเสี่ยงต่อการกำเริบเนื่องจากระยะเวลาดำเนินโรคยังไม่ถึงจุดสิ้นสุดของโรคซึมเศร้าเดิม[4,8]

หรือช่วงระยะของโรคซึมเศร้าที่อาการซึมเศร้าเกิดขึ้นอีกครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดรักษาจนทำให้อาการซึมเศร้าทุเลา[9] อย่างไรก็ตาม ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุจะต้องกระทำพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง[3,4,10] ซึ่งการเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะต้องค้นหาปัจจัยเงื่อนไขในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้[11]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขทางจิตสังคมมีผลต่อความสามารถบรรลุพฤติกรรมที่คาดหวังได้โดยผ่านแรงจูงใจ การรับรู้และกระบวนการตัดสินใจ ช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้[10-11] ทั้งนี้ ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องต่อการกลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[12] พบว่ามี 3 ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องสูงสุดคือ การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้า รองลงมาคือ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และ แสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ตามลำดับ ดังนั้นการศึกษานี้จึงสนใจศึกษาทำความเข้าใจปัจจัยเงื่อนไข 3 ปัจจัยหลักดังกล่าว[12] รวมทั้งหาปัจจัยอื่นที่สนับสนุนและอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและญาติ ซึ่งญาติเกี่ยวข้องในอีกมิติที่บริบทใกล้เคียงกันกับผู้สูงอายุ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งข้อค้นพบที่ได้จะเป็นองค์ความรู้สำคัญของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการนำไปพัฒนาเครื่องมือ โปรแกรม เพื่อการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ สามารถต่อยอดนวัตกรรมบริการทางสุขภาพในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและครอบครัวในระบบสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย ศึกษาทำความเข้าใจปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้า เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว และค้นหา ทำความเข้าใจปัจจัยอื่นที่สนับสนุนและปัญหา/อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย 1) ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้า เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หรือไม่ อย่างไร 2) ปัจจัยอื่นที่สนับสนุนและปัญหา/อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบเฉพาะกรณี ดังรายละเอียด ดังนี้

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและญาติ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและญาติในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ คัดเลือกด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมโครงการ จำนวน 6 คน และญาติ จำนวน 6 คน รวมเป็น 12 คน ซึ่งจำนวนเพียงพอข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน[13] **โดยเกณฑ์การคัดเข้า** 1) คนไทย ไม่จำกัดเพศ อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัย Major Depressive Disorder 3) อาการโรคซึมเศร้าหายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำ (9Q < 7 ระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป) 4) ไม่มีประวัติการป่วยโรคทางจิตเวชอื่น 5) สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง 6) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 7) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นหลักดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ เช่น ลูก สามี ภรรยา พี่ น้อง หลาน เป็นต้น **เกณฑ์การคัดออก** 1) มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล 2) อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรมศาสตร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เอกสารรับรองเลขที่ SWUEC-G-397/64E วันที่ 21 กันยายน 2564 จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มี 1 เครื่องมือ เป็นแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)[3]

มีคำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับความรุนแรง คือ 9Q score<7 = normal/ remission, 7-12 = mild, 13-17 = moderate, ≥18 = severe ค่าจุดตัด คือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า (LR+) เป็น 5.1 เท่า ค่า ROC area 0.8965 (95%CI 0.8501 to 0.9429)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 1 เครื่องมือ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 1 ชุด มีการตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามจาก ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 2 ท่าน ก่อนทดลองใช้กับผู้สูงอายุและญาติที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ครอบครัว ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความเหมาะสมที่สุดก่อนนำไปใช้จริง ตัวอย่างคำถามในแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เช่น คุณตา/คุณยาย/ญาติ เล่าให้ฟังหน่อยนะคะว่า *“เพราะเหตุใดคุณตา/คุณยาย จึงทำให้โรคซึมเศร้าดีขึ้น ไม่กลับเป็นซ้ำอีก” “เพราะเหตุใดคุณตา/คุณยายจึงเลือกที่จะทำให้โรคซึมเศร้าดีขึ้น ไม่กลับเป็นซ้ำอีก” “จากที่คุณตา/คุณยาย/ญาติ เล่ามา เหตุใดที่ทำให้คุณตา/คุณยายทำเช่นนั้น/เพราะอะไรจึงทำให้คุณตา/คุณยายทำได้”* เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยร่วมกับทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติ โดยมีผู้นำทางที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พาผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลที่บ้านพักของผู้สูงอายุ ขณะสัมภาษณ์เชิงลึกปรับคำถามให้เหมาะสมและยืดหยุ่นตามสถานการณ์ บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ เมื่อพบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล กระทำการจัดระเบียบข้อมูลจากการบันทึกเสียงและการจดบันทึกจากการสังเกตนำมาเขียนบรรยายให้เป็นรูปธรรมอย่างเป็นระบบระเบียบ ถอดคำให้สัมภาษณ์แบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) [14]

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุที่หายทุเลาและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า จำนวน 6 คน เพศชาย 2 คน หญิง 4 คน อายุระหว่าง 65 ถึง 82 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่หม้าย 4 คน คู่ 2 คน จบระดับประถมศึกษามากที่สุด 4 คน อนุปริญญาและไม่ได้เรียนจำนวนเท่ากันอย่างละ 1 คน รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท 4 คน 10,001-20,000 บาท จำนวน 2 คน (รายได้เพียงพอ:ไม่เพียงพอ=2:1) ทุกคนอาชีพเกษตรกร โรคประจำตัวทางกายเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 2 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน 2 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน ไม่มีโรคประจำตัว 1 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นญาติจำนวน 6 คน เพศหญิง 5 คน ชาย 1 คน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นสามี 1 คน ภรรยา 1 คน บุตรสาว 3 คน และพี่สาว 1 คน อายุระหว่าง 35 ถึง 82 ปี อาชีพ เกษตรกร 5 คน รับราชการ 1 คน จบระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 มากที่สุด 3 คน ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ปริญญาตรี และปริญญาโท จำนวนเท่ากันอย่างละ 1 คน

ตอนที่ 2 ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 3 ปัจจัยหลัก[12] รายละเอียดดังนี้

1.1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้า (Self-efficacy for coping with depression) เป็นปัจจัยเงื่อนไขภายในจิตใจที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้าได้หรือไม่ มากน้อยแค่ไหนจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยหากรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันกลับเป็นซ้ำแต่หากไม่มีการรับรู้ความสามารถตนเองหรือรับรู้ความสามารถตนเองต่ำจะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *“ยายคิดเลยว่ายายต้องหาย จะหายไม่หายมันอยู่ที่ตัวเองทำ ยายก็จะหาทางทำให้ตัวเองสุขภาพดีขึ้น ยายสังเกตตัวเองเป็น สำหรับยายเริ่มต้นจากตัวยายเองต้องคิดให้ได้ก่อนว่าทำได้แล้วจะหาทางทำจนได้ ถ้าคิดไม่ได้มันจะล้มตั้งแต่ยังไม่ได้ทำอะไร”* (Id-02) เป็นต้น โดยวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ รายละเอียดดังนี้ **1.1.1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ** เป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้สูงอายุได้รับและประสบความ

สำเร็จในการกระทำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุจะเชื่อว่าตนสามารถที่จะทำได้เพิ่มความมั่นใจความสามารถของตนเองได้ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"ตั้งแต่หมอบอกว่า สรุปแล้วยายเป็นซึมเศร้านะ ให้ทานยาไปตลอดนะ ยายก็คิดว่า ยายต้องหาย ยายไม่อยากกินยาตลอดชีวิต ยายไม่เอาแบบนั้น ยายดูแลตัวเองแบบไหนดี-ไม่ดีกับใจยายรู้ ยายเลือกทำ"* (Id-02) เป็นต้น **1.1.2) การใช้ตัวแบบ** เป็นการได้สังเกตจากผู้ที่สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ เช่น การดูตัวตัวอย่างตัวแบบที่มีลักษณะปัญหาคล้ายๆ ตนเองในป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้สำเร็จก็ทำให้ลดความกลัวต่างๆเหล่านั้นได้ โดยกล่าวถึงตัวแบบ 2 ประเภท คือ 1) ตัวแบบที่มีชีวิต (Live model) ได้แก่ บุคคลในครอบครัวเพื่อนหรือบุคคลทั่วไปที่ผู้สูงอายุสังเกตเห็นได้หรือสามารถติดต่อสัมพันธ์ได้ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"เห็นพี่เขยที่หมอบอกว่าเป็นซึมเศร้าเหมือนกับยายเค้าหายดีแล้ว เค้าออกกำลังกายเดินไปโน่นไปนี่ ไปวัด ปล่อยวางได้ ยายว่าก็ดีปล่อยวางแล้วไม่คิดอะไรยายก็ทำเหมือนกับเค้า เรื่องเก่าที่เป็นทุกข์ ปล่อยมันไปเราก็ไม่ทุกข์" (Id-02)* เป็นต้น 2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbol model) เป็นภาพตัวแบบในสื่อสารมวลชนทั้งหลาย เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิดิทัศน์ หนังสือ คอมพิวเตอร์ เทปบันทึกเสียง หรือ การ์ตูน เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"เปิดโทรทัศน์ดูพระเทศน์ทุกวัน ดูท่านสอนเรื่องการปล่อยวางท่านปฏิบัติให้เราดู วันไหนไม่ได้ดูก็ฟังเอา เราก็หมั่นฝึกไปทำให้จิตใจดีขึ้น"* (Id-02) เป็นต้น **1.1.3) การใช้คำพูดชักจูง** เป็นการสร้างความสามารถให้กับผู้สูงอายุอย่างค่อยเป็นค่อยไปให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน การพูดชักจูงจะมีส่วนช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นมากยิ่งขึ้น เกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมป้องกันกลับเป็นซ้ำให้สำเร็จ ทั้งนี้บุคคลที่พูดชักจูงต้องพูดในเรื่องที่ผู้สูงอายุนั้นๆ มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"ทำตามหมอแนะนำจะได้หายขาดเพราะหมอบอกว่าถ้าเป็นอีกจะหายยากกว่าเดิม" (Id-06)* เป็นต้น **1.1.4) การกระตุ้นทางอารมณ์** เป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ การกระตุ้นทางอารมณ์ที่รุนแรงหรือถูกกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้กระทำพฤติกรรมไม่ค่อยได้ผลดี จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ส่วนการกระตุ้นทางอารมณ์เชิงบวกจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ ผู้สูงอายุก็จะเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น ดังนั้นการเพิ่มการกระตุ้นทางอารมณ์เชิงบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาศักยภาพในการรับรับรู้ความสามารถตนได้ดียิ่งขึ้น ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"หมอบอกให้เขียนชื่อเบอร์โทรที่อยู่ผู้ที่ต้องการให้ติดต่อเวลาจำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือเพราะเวลาเป็นมากอาจทำให้ทำอะไรไม่ถูก ..ยายก็ทำตามหมอบอก ยายทำได้ ยายชอบเขียน ทำแบบนี้มีแต่คนย่อง (ชม) (Id-02) เป็นต้น*

1.2. เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressful life events) เป็นปัจจัยเงื่อนไขภายนอกที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าและการกลับเป็นซ้ำ แต่หากรู้ตัวและดำเนินการจัดการได้เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจะส่งผลการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ โดยพบว่า เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่ผู้สูงอายุและญาติกล่าวถึงบ่อย ได้แก่ เหตุการณ์คิดปัญหาของลูกของคนที่รัก ปัญหาการเงิน สูญเสียคนที่รัก ผู้เป็นที่รักทำไม่ดีด้วย การเจ็บปวดจากโรคทางกายที่เป็นอยู่ เป็นต้น ทั้งนี้ แบ่งได้ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสาเหตุอาการซึมเศร้ากำเริบ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"เวลาปวดแข้งปวดขา มันเจ็บมันปวดตามตัวทำให้บางทีคิดว่าตนเองเป็นภาระลูกหลาน"* (Id-03) *"บางทีคิดกังวลเรื่องนั่น เรื่องนี่มาผูกใส่กันห่วงลูกไม่มีเงินบ้างห่วงหลานบ้าง ต้องรีบรู้ตัวให้เร็วว่าคิดมากแล้วคิดเครียดจากอะไรเพราะถ้าปล่อยนานโรคก็จะเป็นมาอีก" (Id-05)* เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดญาติ *"รู้ว่าแม่คิดห่วงลูกหลานเรื่องเงินๆ ทองๆ จะคิดมากเรื่องนี้"* (Id-05) เป็นต้น ส่วนที่ 2 เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสัญญาณเตือนที่ต้องรีบดำเนินการจัดการก่อนที่โรคซึมเศร้าจะกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"ถ้าเห็นข่าวผัวทำร้ายเมียหรือข่าวผัวนอกใจเมียจะทำให้คิดถึงเรื่องตัวเองน้ำตาจะไหลจะเศร้าอีกยายจะรู้ว่าเรื่องแบบนี้เป็นสัญญาณเตือนตัวเองยายก็จะไม่ดู" (Id-02) เป็นต้น*

1.3 แสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (Expressed emotion of family members) เป็นปัจจัยเงื่อนไขภายนอกที่เป็นการแสดงอารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุโดยแสดงออกผ่านทางภาษาและท่าทาง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การแสดงออกทางอารมณ์เชิงลบ เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร เป็นต้น 2) การแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวก เช่น การแสดงความชื่นชม การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร เป็นต้น ผู้สูงอายุทุกคนให้ข้อมูลว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกใน

ครอบครัวเชิงลบจะส่งผลให้อาการซึมเศร้ากำเริบเป็นผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวกจะส่งผลให้กระทำการดูแลตนเองให้หายจากโรค ไม่กลับเป็นซ้ำ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"คิดน้อยใจเวลาที่เมียเสียงดังใส่" (Id-01) "ถ้าลูกหลานไม่พามารพ.ก็น้อยใจคิดไปเรื่อย" (Id-04)"*เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดญาติ *"บางครั้งเราไปธุระไม่ได้บอกแม่..กลับมารู้เลยว่าแม่น้อยใจ"* (Id-03) เป็นต้น ส่วนการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวในเชิงบวกจะส่งเสริมสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมป้องกันการเป็นซ้ำโรคซึมเศร้า ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"ลูกโทรมาถามข่าว พ่อเป็นยังไงบ้าง เป็นห่วงเราตาได้ฟังก็ดีใจชื่นใจ มีแรง (พลัง) ดูแลตัวเอง"* (Id-01) *"ตัวอย่างคำพูดญาติ "เวลาลูกหลานมากอดมากินข้าวด้วยแม่จะกินข้าวได้เยอะ ..หน้าตาแม่จะยิ้ม"* (Id-05) เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ปัจจัยอื่นที่สนับสนุนและอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.1 ปัจจัยสนับสนุนต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.1.1 การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจจากตนเอง ครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และชุมชน การได้รับกำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ ชื่นชมยินดี ไม่ถูกตำหนิกล่าวโทษในข้อผิดพลาด การให้อภัย ไม่ถูกทอดทิ้ง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าภาคภูมิใจ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาบทบาทความเป็นผู้สูงอายุที่หายและป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากโรคซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่องมีศักยภาพมากยิ่งขึ้น ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"แต่ก่อนตอนเป็นหนุ่ม ตาก็ทำตัวไม่ดี เจ้าชู้ มีผู้หญิงเยอะ แต่ยายและลูกๆ ก็ให้อภัย ตอนนี้ตามียาย (ภรรยา) และลูกๆ เป็นกำลังใจ"* (Id-01) ตัวอย่างคำพูดญาติ *"การที่เรา (ลูกๆ) แสดงความเอาใจใส่ก็คงเป็นแรงจูงใจของแม่ด้วยทำให้แม่ดีขึ้นหายไวขึ้น"* (Id-05) *"เห็นตา (สามี) เดินออกกำลังกาย ยายก็ชม.. ตาก็ทำบ่อยๆ ทำเป็นประจำ"* (Id-01) เป็นต้น

2.1.2 การได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นข้อมูลความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่ทำให้กระทำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 แหล่ง ได้แก่ 1) ได้รับข้อมูลความรู้คำแนะนำจากคนรอบข้าง ผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เช่น จากบุคคลใกล้ชิด สามี/ภรรยา บุตร ครอบครัว เพื่อน ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ และมีแนวทางในการปฏิบัติตาม ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"ตอนสายๆ ยายจะไปหาเพื่อนคุยกันในกลุ่มยายนั้นแหละถามสารทุกข์สุขดิบกัน ไม่สบายใจอะไรก็เล่าสู่กันฟัง เพื่อนในกลุ่มก็บอกกันแนะนำกัน มันก็ดีได้คุยได้ฟังความคิดคนอื่นทำให้เราเอามาทบทวนตัวเอง ได้ให้-ได้รับกำลังใจกันและกัน รู้สึกดี"* (Id-05) เป็นต้น 2) ได้รับข้อมูลความรู้ ข้อมูลข่าวสาร จากบุคลากรสาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญ เป็นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"หมอคุยด้วยทำให้ยายสังเกตตัวเองเป็นรู้จุดรู้ทันอาการของตัวเองเข้าใจเรื่องราวดีขึ้น"* (Id-05) เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดญาติ *"หมอบอกว่าแม่เป็นซึมเศร้า ตอนแรกก็ไม่เชื่อ ก็หาข้อมูลต่างๆ จากผู้รู้จากหลายๆ ทาง...ทำให้เข้าใจโรคนี้มากขึ้น"* (Id-05) เป็นต้น

2.1.3 การได้รับการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ เป็นการได้รับการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจจากบุคคลใกล้ชิดในการเข้ารับระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"เงินทองทำให้ดูแลสุขภาพตัวเองง่ายขึ้น ซื้ออะไรก็ได้ แต่ยายไม่ซื้อหรอก ยายใช้เงินแต่ตอนไปหาหมอ"* (Id-02) *"บ้านยายอยู่ไกลก็ลำบากอยู่ได้เงินจากลูกๆ เอาให้ และก็ตา (สามี) พามาโรงพยาบาลจึงได้มา"* (Id-04) เป็นต้น นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจจากครอบครัว ญาติและบุคคลใกล้ชิด มีส่วนช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติบทบาทได้อย่างเต็มที่ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"อยากได้อะไรถ้าโทรบอกลูกคนอยู่ไกลเค้าก็ส่งเงินมาให้... ส่วนลูกที่บ้านใกล้ก็มาดูทุกวัน เค้าบอกให้ตาไม่ต้องคิดมากให้ดูแลสุขภาพแข็งแรง (Id-01) เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดญาติ "แม่อายุมากไม่มีรายได้ ลูกๆจะให้เงินแม่ทุกเดือนถึงจะมากบ้างน้อยบ้างจะให้แม่ใช้ส่วนตัว"* (Id-05) เป็นต้น

2.2 ปัญหา/อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.2.1 ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีบุคคลให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ ขาดที่พึ่งพาทางใจ นับเป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"ถ้าลูกเมียไม่ให้อยู่ด้วยคิดว่าคงลำบากทั้งใจทั้งกาย ไม่รู้จะเป็นยังไง"* (Id-01) *"อยากหายแค่ไหนแต่ถ้าครอบครัวไม่ช่วยเหลือจะทำอะไรก็ลำบาก (Id-03) "ครอบครัวเป็นเหมือนแข้งขาพาไปหาหมอถ้าเค้าไม่พาไปก็ไปไม่ได้"* (Id-04) เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดญาติ *"ถ้าไม่มีใคร*

ว่างพาแม่ไปหาหมอ ก็ต้องขอเลื่อนนัด" (Id-03) เป็นต้น

2.2.2 ขาดความรู้ในการปฏิบัติการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การระบุสัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า การดำเนินการการจัดการกับสัญญานเตือน การขอความช่วยเหลือจากภายนอกเมื่อจำเป็น รวมทั้งการวางแผนล่วงหน้าหากมีการกำเริบของโรคและการมารับการติดตามตามนัดแพทย์ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"ตอนแรกก็ไม่รู้..หมอพาคุยให้ซอม (สังเกต) ตัวเอง จึงรู้วิธีของตนเอง..." (Id-01) "ก็ต้องรู้นะว่าเป็นแบบไหนจึงต้องเรียกคนมาช่วย...ยายบอกถูกมั้ยหมอ" (Id-03) "เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดญาติ "ความรู้ในการที่จะทำให้ยายหายแล้วไม่เป็นอีกนี้สำคัญ ถ้าไม่รู้..โรคก็อาจไม่หาย (Id-05) เป็นต้น*

2.2.3 ต้องหารายได้ ทำให้ไม่ได้ดูแลตนเอง เป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีความต้องการที่จะมีรายได้เพื่อใช้จ่ายให้ตนเองและครอบครัว บางรายมีปัญหาเศรษฐกิจต้องหารายได้จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามความตั้งใจ ตัวอย่างคำพูดผู้สูงอายุ *"ตาหาเลี้ยงครอบครัวต้องไปทำไร่กลัวเงินไม่พอใช้ บางทีไม่ได้ไปหาหมอตามนัด ต้องขอเลื่อนนัด" (Id-06) เป็นต้น*

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย มุ่งเน้นปัจจัยเงื่อนไข 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ **ปัจจัยหลักที่ 1** การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้า พบว่า เป็นปัจจัยภายในที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคให้ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยเมื่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้าสูงจะส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าแต่หากไม่มีการรับรู้ความสามารถตนเองหรือรับรู้ความสามารถตนเองต่ำจะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นไปตามแนวคิดของแบนดูร่าที่เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล[11,15-16] และการศึกษาการทำนายปัจจัยการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[12] สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงก็จะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม[16] ส่วนวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้นผู้สูงอายุกล่าวถึงการใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ และการใช้ตัวแบบ ซึ่งสอดคล้องกับแบนดูร่า ที่เสนอวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) การกระตุ้นทางอารมณ์[11,15-16] **ปัจจัยหลักที่ 2** เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าเป็นปัจจัยภายนอกที่จะส่งเสริมสนับสนุนและเป็นอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการเป็นซ้ำโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กล่าวคือ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสาเหตุอาการซึมเศร้ากำเริบ และเป็นสัญญาณเตือนของการกลับเป็นซ้ำที่ควรระบุได้เพื่อดำเนินการจัดการก่อนอาการซึมเศร้ากำเริบจะป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาการทำนายปัจจัยการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[12] และเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นปัจจัยทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า[2-4] เช่นเดียวกับข้อปฏิบัติในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ระบุเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดเป็นสัญญานเตือนการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและเป็นองค์ประกอบในพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[5-7] **ปัจจัยหลักที่ 3** การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า เป็นปัจจัยภายนอกที่จะส่งเสริมสนับสนุนและเป็นอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการเป็นซ้ำโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นไปตามการศึกษาที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[12] การแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวในเชิงบวกจะส่งเสริมสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมป้องกันการเป็นซ้ำโรคซึมเศร้า ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวเชิงลบจะส่งผลให้อาการซึมเศร้ากำเริบเป็นผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[12,17] ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์สูงและความ

ตึงเครียดในครอบครัวทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง[17] ส่งผลต่อการสนับสนุนพฤติกรรมการรักษาที่ไม่ดีของผู้ป่วย[18]

ส่วนที่ 2 ปัจจัยอื่นที่สนับสนุนและอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ การได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุกล่าวถึงการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจจากตนเอง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งได้รับการเอาใจใส่ กำลังใจและบทบาทในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน มีความสำคัญยิ่งเป็นแรงพลังใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กล่าวถึงกำลังใจจากตนเองทำให้ผู้ป่วยมีพลังใจในการดูแลตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[19] เช่นเดียวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการรักษาอาการซึมเศร้าที่กล่าวว่าการได้รับกำลังใจจากญาติ สังคม ชุมชนมีผลต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[6] และปัจจัยการสนับสนุนด้านอารมณ์ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[10] ส่วนปัจจัยการได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ สนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยความรู้ ข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลใกล้ชิด บุคลากรสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการได้รับข้อมูลความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญส่งผลต่อการไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า[6] และข้อมูลความรู้ คำแนะนำจากผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า[19] สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานผลของการให้ความรู้สุขภาพจิตครอบครัวผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้สูง[20] นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจเป็นอีกปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าการได้รับการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจช่วยลดความวิตกกังวลในการทำหน้าที่ตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำหน้าที่ตนเองในการดูแลสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์มากขึ้น[10] อย่างไรก็ตาม อุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอุปสรรคสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่กล่าวว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ ขาดที่พึ่งพาทางใจ ไม่มีบุคคลให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้[4] และพบว่า การขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับรายงานที่กล่าวว่าหากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอาจไม่มั่นใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้องมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[4] นอกจากนี้ การต้องหารายได้เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในวัยเกษียณจากงานอาจไม่มีรายได้ที่แน่นอน ความสามารถในการหารายได้อาจลดลงในขณะที่มีค่าใช้จ่ายจากการดูแลตนเอง และครอบครัว จึงยังต้องไปหารายได้ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้ดูแลตนเองเท่าที่ควร ต้องเลื่อนนัดแพทย์หรืออาจไม่ได้รักษาต่อเนื่อง สอดคล้องกับรายงานปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการโรคซึมเศร้าที่กล่าวถึงการมีปัญหาเศรษฐกิจ มีปัญหาการเงินจึงต้องเอาเวลาไปหารายได้ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการไปรักษาอย่างต่อเนื่อง[4] และการมีปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ไม่ได้ดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่ควร มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้[19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพจิตสามารถนำองค์ความรู้ในข้อค้นพบเหล่านี้ช่วยเหลือ เข้าใจผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเพื่อหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และใช้ในการศึกษาวิจัยพัฒนาเครื่องมือ โปรแกรม นวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ประกอบการจัดทำนโยบายในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยในครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยเชิงปริมาณทดสอบเครื่องมือ โปรแกรมเพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นจากปัจจัยเงื่อนไขที่ค้นพบร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และในอนาคตควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

ที่เป็นวัยอื่น เช่น วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ เพื่อจะนำมาซึ่งองค์ความรู้นวัตกรรม ให้ความช่วยเหลือตามกลุ่มวัยอื่นต่อไป

References

1. American Psychiatric Association (APA). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression A cross Three Age Cohorts; 2019: 1-85.
2. Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Depressive Disorder Research and Information Center. Report of depression surveillance system; 2019. (in Thai).
3. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, & Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2018; 63(4): 321-34. (in Thai).
4. Arunpongpaisal S, & Wasikananon S. Textbook of depressive disorder. Khonkaen: Klang Nanawittaya Printing; 2015. (in Thai).
5. Canadian Mental Health Association (CMHA). Preventing Relapse of Depression, Developing an Early Warning System and Action Plan, Effective Self-Management of Mental Disorders. CMHA BC Division; 2021.
6. Advancing Integrated Mental Health Solutions (AIMS). Relapse Prevention Plan (Depression). The University of Washington's AIMS Center; 2021.
7. Kongsuk T, Pimtra S, Sukhawaha S, Patipatpakdee H, & Leejongpermpoon J. Report on the results of depression surveillance system in 2018. Ubon Ratchathani: Siritham Offset Printing; 2018. (in Thai).
8. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
9. Frank E, Prien RF, & Jarrett RB. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. Arch Gen Psychiatry.1991; 48(9): 851-5.
10. Yoelao D, Thammapitak P, & Prasertsin U. Causes and Effects of Depression and Anxiety Disorders among the Elderly in Thailand. International Journal of Behavioral Science. 2016; 11(2): 51-62. (in Thai).
11. Jinnge P. Concept and Therapy of Behavior modification. 6th ed. Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Bangkok; 2021. (in Thai).
12. Mahakittikun K, Thapinta D, Sethabouppha H, & Kittirattanapaiboon P. Predicting Factors of Relapse among Persons with a Major Depressive Disorder. The Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2013; 17(1): 68-82. (in Thai).
13. Gentles S.J, Charles C, Ploeg J, & McKibbon K. Sampling in qualitative research: Insights from An overview of the methods literature. The Qualitative Report. 2015; 20(11): 1772-89.
14. Miles MB, & Huberman AM. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. Newbury Park, CA: sage; 1994.
15. Bandura A. Reflection on self-efficacy. Advances in Behavior Research and Therapy. Oxford: Pergramon Press. 1978
16. Sirited P, & Thammaseeha N. Self-Efficacy Theory and Self-Healthcare Behavior of the Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 58-65. (in Thai).

17. Butzlaff RL, & Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 1998.
18. Addington J, Mc C, & Addington D. Three years outcome of family work in early Psychosis program. Schizophrenia Research. 2005; 79(1): 107-16.
19. Choompubut P, Leejongpermpoon J, Saimain H, Supit A, Putpim S, Sangrung S, Ditaung H, Kaewkul P, Phanthong S, Poompo W, & Deephet S. The self-management programs for remission and relapse prevention in major depressive disorder patients. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong.2022; 6(2):30-48. (in Thai).
20. Sim K, Wai KL, Jordan S, Min YS, & Ross JB. Prevention of Relapse and Recurrence in Adults with Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analyses of Controlled Trials. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2015; 19 (2):1–13.

การศึกษาการจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

A Study of Nursing Service Management for Patients with Coronavirus 2019 at Hospitels

กัณฐิกา สายปัญญา* ยุพิน อังสุโรจน์
Kantika Saipanya* Yupin Aungsuroch
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10330
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การจัดบริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจของโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย 1) หัวหน้าพยาบาล 5 คน 2) ผู้จัดการพยาบาล 5 คน 3) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) 5 คน และ 4) หัวหน้าทีมการพยาบาล 5 คน คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจงและบอกต่อแบบลูกโซ่ เก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย รอบที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง รอบที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา สร้างเป็นข้อคำถามแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญ รอบที่ 3 นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จัดทำแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการวางแผนการจัดบริการ 2) ด้านการจัดการโครงสร้าง 3) ด้านการบริหารจัดการบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 4) ด้านการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน 5) ด้านการติดต่อสื่อสารและประสานงาน 6) ด้านการรายงาน และ 7) ด้านงบประมาณ ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการจัดบริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ เมื่อมีการระบาดโรคอุบัติใหม่ของระบบทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: การจัดบริการพยาบาล, ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019, หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

Abstract

This descriptive study explored the nursing service management for patients with Coronavirus 2019 at hospitels. The participants were 20 experts with knowledge and experience in the nursing service management for patients with Coronavirus 2019 at hospitels consisting of five nursing directors, five nurse managers, five infection control nurses (ICN), and five nursing team leaders. The sample groups selected by purposive sampling and snowball technique. The research process consisted of three rounds by the Delphi technique. Round 1, Interviewing using a semi-structured questionnaire. Round 2, Collecting expert opinions

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

วันที่รับ (received) 6 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 พ.ย. 2566

for content analysis and formulate questions for a 5-point Likert scale questionnaire. Round 3, Use expert opinions to calculate the median and interquartile range (IR) and formulate questions for a 5-point Likert scale questionnaire to summarize the research results.

The results showed that the nursing service provision for patients with Coronavirus 2019 at hospitels consisted of 7 aspects as follows: 1) Service planning 2) Structure organizing 3) Staffing 4) Supervising 5) Communicating and Coordinating 6) Reporting and 7) Budgeting. The results of this research provide basic information for nursing administrators to apply the research results as a guideline for the nursing service provision for patients with Coronavirus 2019 at hospitels when there is an emerging respiratory disease outbreak in the future.

Keywords: Nursing Service Management, Patient with Coronavirus 2019, Hospitel

บทนำ

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อและมีอาการหนักจำนวนมาก โดยเฉพาะการระบาดระลอกเดือน เม.ย. 2564 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 1,883,161 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 19,111 ราย[1] ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาเตียงเต็ม กระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการจัดตั้งสถานที่ใช้ดูแลและแยกกักผู้ป่วยที่ติดเชื้อ โดยขอความร่วมมือโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจขึ้นทั่วประเทศ หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospitel) มาจากการปรับเปลี่ยนโรงแรมให้เป็นสถานพยาบาลชั่วคราวที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรือไม่รุนแรง[2] เพื่อช่วยลดความแออัดของเตียงในโรงพยาบาล และสามารถใช้ทรัพยากรบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอาการหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

องค์การพยาบาลเป็นหน่วยงานสำคัญที่มีส่วนร่วมในการจัดระบบการดำเนินการในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ[4] โดยยึดแนวคิดการจัดตั้งระบบการดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การจัดบริการทางการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกับสถานพยาบาลและถูกต้องตามหลักเกณฑ์การปรับใช้โรงแรมเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ[5] ประกอบด้วย 1) หอผู้ป่วยส่วนขยาย 2) แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร และการควบคุมการติดเชื้อ 3) การพยาบาลทางไกล 4) การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน 5) การดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ 6) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และ 7) การสนับสนุนด้านสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศ[6] นำโดยหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกโรงแรม กำหนดพันธกิจ นโยบาย และเป้าหมายในการจัดบริการทางการพยาบาล พร้อมทั้งกำหนดโครงสร้างหน้าที่[5] จากนั้นนำนโยบายมาถ่ายทอดให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดบริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ ได้แก่ 1) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) ทำหน้าที่ให้คำแนะนำการจัดเตรียมพื้นที่ฝึกอบรมบุคลากร พร้อมทั้งตรวจสอบและกำกับการทำงาน[5] 2) ผู้จัดการพยาบาล ทำหน้าที่ควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงแรม และ 3) หัวหน้าทีมการพยาบาล ทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยและควบคุมติดตามการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในเวร[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบปัญหาการจัดบริการ ดังนี้ 1) ด้านสถานที่ มีการแบ่งกั้นพื้นที่ไม่ชัดเจน และผังอาคารซับซ้อน ทำให้เกิดความสับสนและหลงทาง[7] 2) ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม พบปัญหาการจัดการขยะติดเชื้อ 3) ด้านอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ 4) ด้านการดูแล พบปัญหาผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์[6] และ 5) ด้านการสื่อสาร การได้รับข้อมูลการปฏิบัติตนไม่เพียงพอ[7] จากข้อมูลข้างต้นกล่าวได้ว่า การจัดบริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจในขณะนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การเตรียมการเป็นแบบเฉพาะกิจตามหน้างาน เนื่องจากระยะเวลามีจำกัด เมื่อปฏิบัติงานจริงจึงทำให้เกิดความสับสน และเกิดความเสี่ยง สอดคล้องกับสำนักวิชาการสาธารณสุข[8] กล่าวว่า การจัดบริการทางการพยาบาลยังไม่มีรูปแบบชัดเจน เป็นการจัดบริการทางการพยาบาลตามสถานการณ์โดยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมด้วยการที่โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้มีข้อจำกัดด้านความรู้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique)

ในการศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ ซึ่งจะส่งผลให้การจัดบริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

การศึกษาการจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย
2. ด้านการบริหารจัดการบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
3. ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง
4. ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน
5. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบครอบคลุมผสมผสาน

→

การจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

1. ด้านการวางแผนการจัดบริการ
2. ด้านการจัดการโครงสร้าง
3. ด้านการบริหารจัดการบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
4. ด้านการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน
5. ด้านการติดต่อสื่อสารและประสานงาน
6. ด้านการรายงาน
7. ด้านงบประมาณ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ผู้วิจัยได้มีการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ ร่วมกับการรวบรวมฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การจัดบริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจของโรงพยาบาลรัฐ โดยการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจงและบอกต่อแบบลูกโซ่ จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) หัวหน้าพยาบาล 5 คน 2) ผู้จัดการพยาบาล 5 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) 5 คน และ 4) หัวหน้าทีมการพยาบาล 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างชนิดข้อคำถามปลายเปิด 2 ข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

2. แบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สร้างเป็นข้อคำถาม จำนวน 72 ข้อรายการ

3. แบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 71 ข้อรายการ ที่มีการแสดงข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวม โดยเพิ่มค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แต่ละข้อ เรียงลำดับความสำคัญ และให้ผู้เชี่ยวชาญเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างระหว่างคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

คุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงแฝงอยู่ในกระบวนการวิจัย ความตรงตามเนื้อหาได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญมีการปรับแก้สำนวนในแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องหลายรอบ

ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญได้ตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ หากคำตอบส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงสูง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2565 เลขที่ 196/65 ผู้วิจัยติดต่อและขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนสัมภาษณ์ และนำเอกสารชี้แจงข้อมูล ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขั้นตอนการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญมีสิทธิ์ถอนตัวได้ทุกเมื่อ แบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะทำลายเมื่อสิ้นสุดวิจัย ผลการวิจัยจะนำมานำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 รอบ โดยรอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 20 คน ด้วยตนเองทางโทรศัพท์ และทางโปรแกรม Zoom meeting ตามวันเวลาที่นัดหมาย รอบที่ 2 และ 3 นำส่งแบบสอบถามด้วยตนเองและจัดส่งจดหมายทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับคืนมาจำนวน 20 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 121 วัน รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 2 ก.พ.-7 พ.ค. 2566 รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 11-29 พ.ค. 2566 และรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 1-8 มิ.ย. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำเนื้อหาที่ได้มารวบรวมเพื่อทำการจำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อรายการในแต่ละด้านและข้อย่อย โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญของการศึกษาทั้งหมด 7 ด้าน และ 72 ข้อรายการ

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 นำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในแต่ละข้อคำถาม โดยหาค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป จึงจะประเมินว่าด้านนั้นมีความสำคัญ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 ความคิดเห็นมีความสอดคล้องกัน และปรับปรุงแบบสอบถามจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 วิเคราะห์และแปรผลเช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ในรอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงข้อมูลเพียง ร้อยละ 2.61 เป็นเกณฑ์ที่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 7 ด้านและ 71 ข้อรายการ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย 7 ด้าน และ 71 ข้อรายการ รายละเอียดดังตารางที่ 1-7

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของด้านการวางแผนการจัดบริการ

ด้านการวางแผนการจัดบริการ	Md	IR	ความหมาย
1.1 การคัดเลือกสถานที่ในการจัดบริการ			
1) หัวหน้าพยาบาลร่วมประเมินและคัดเลือกโรงแรมที่มีความพร้อม	4.91	0.29	มากที่สุด
2) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมประชุมวางแผนและตรวจสอบความพร้อมสถานที่ สาธารณูปโภค	4.97	0.26	มากที่สุด
3) ผู้จัดการพยาบาลแนะนำโรงแรมเตรียมห้องพัก ของใช้ให้พร้อมใช้งาน	4.94	0.28	มากที่สุด
1.2 การวางแผนจัดเตรียมเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์			
1) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลวางแผนและจัดเตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	4.91	0.29	มากที่สุด
2) ผู้จัดการพยาบาลเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์กู้ชีพฉุกเฉิน	4.94	0.28	มากที่สุด
3) ผู้จัดการพยาบาลเตรียมอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพสำให้เพียงพอ	4.88	0.31	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของด้านการวางแผนการจัดบริการ (ต่อ)

ด้านการวางแผนการจัดบริการ	Md	IR	ความหมาย
1.3 การวางแผนจัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์สำนักงาน			
ผู้จัดการพยาบาล			
1) เตรียมอุปกรณ์สื่อสารและช่องทางการสื่อสาร	4.91	0.29	มากที่สุด
2) เตรียมใบเซ็นยินยอมให้ผู้ป่วยลงนามก่อนเข้ารับการรักษา	4.83	0.33	มากที่สุด
3) เตรียมอุปกรณ์สำนักงานและระบบบันทึกข้อมูล	4.79	0.49	มากที่สุด
4) เตรียมคู่มือการปฏิบัติตนรูปแบบเอกสาร หรืออิเล็กทรอนิกส์	4.79	0.49	มากที่สุด
5) เตรียมเอกสารซักประวัติผู้ป่วยอย่างกระชับ เข้าใจง่าย	4.73	0.64	มากที่สุด
6) จัดทำเอกสารแผนผังห้องพัก และป้ายบอกทาง เพื่อแนะนำสถานที่	4.73	0.71	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านการวางแผนการจัดบริการ ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกสถานที่ในการจัดบริการ 2) การวางแผนจัดเตรียมเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ 3) การวางแผนจัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์สำนักงาน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.73–4.97, IR = 0.26–0.64)

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของด้านการจัดการ

ด้านการจัดการ	Md	IR	ความหมาย
2.1 การจัดโครงสร้างขององค์การ			
1) หัวหน้าพยาบาลจัดโครงสร้างหน้าที่ โดยมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ	4.79	0.52	มากที่สุด
2) ผู้จัดการพยาบาลจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน	4.88	0.31	มากที่สุด
2.2 การจัดโครงสร้างของหอผู้ป่วยเฉพาะกิจเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ			
พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล			
1) กำหนดเส้นทางเข้า-ออก และเส้นทางการเดินเป็นทิศทางเดียว	5.00	0.25	มากที่สุด
2) แนะนำการแบ่งกั้นพื้นที่ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ	5.00	0.25	มากที่สุด
3) จัดพื้นที่สาธารณสุขภายนอกอาคารโดยคำนึงถึงทิศทางลม	4.91	0.29	มากที่สุด
ผู้จัดการพยาบาล			
1) จัดให้มีพื้นที่สำนักงานและห้องพักบุคลากรทางการพยาบาล	4.94	0.28	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่า ด้านการจัดการ ประกอบด้วย 1) การจัดโครงสร้างขององค์การ และ 2) การจัดโครงสร้างของหอผู้ป่วยเฉพาะกิจเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.79–5.00, IR = 0.25–0.52)

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของด้านการบริหารจัดการบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

ด้านการบริหารจัดการบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน	Md	IR	ความหมาย
หัวหน้าพยาบาล			
1) จัดสวัสดิการ และจูงใจการทำงานของพยาบาล	4.91	0.29	มากที่สุด
พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล			
1) จัดอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่โรงแรมการป้องกันการติดเชื้อ	5.00	0.25	มากที่สุด
2) จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลในการดูแล การใช้ยา และป้องกันการติดเชื้อ	4.94	0.28	มากที่สุด
ผู้จัดการพยาบาล			
1) มอบหมายหน้าที่บุคลากรพยาบาลตามความรู้ ความสามารถ	4.67	0.67	มากที่สุด
หัวหน้าทีมการพยาบาล			
1) ปฐมนิเทศบุคลากรทางการพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่หน้างาน	4.91	0.29	มากที่สุด
2) แนะนำพยาบาลใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับผู้ป่วย	4.59	0.72	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ด้านการบริหารจัดการบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.59–5.00, IR = 0.25–0.72)

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของด้านการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน

ด้านการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน	Md	IR	ความหมาย
4.1 การบริหารจัดการความเสี่ยง			
ผู้จัดการพยาบาล			
1) แนะนำการจัดให้มีระบบการรักษาความปลอดภัยของสถานที่	4.88	0.31	มากที่สุด
หัวหน้าทีมการพยาบาล			
1) จัดอันดับความเร่งด่วนในการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย	4.94	0.28	มากที่สุด
2) จัดห้องพักผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความต้องการและความปลอดภัย	4.91	0.29	มากที่สุด
3) ปฐมพยาบาลเบื้องต้นในกรณีที่จำเป็นฉุกเฉิน	4.83	0.33	มากที่สุด
4) ขอความร่วมมือผู้ป่วยจิตอาสาให้ช่วยดูแลผู้ป่วยรายอื่น	4.50	0.88	มาก
4.2 การควบคุมกำกับและป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน			
พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล			
1) จัดให้มีการตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 แก่ผู้ปฏิบัติงาน	4.88	0.31	มากที่สุด
ผู้จัดการพยาบาล			
1) กำกับติดตามการสวมใส่-ถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)	4.94	0.28	มากที่สุด
2) กำกับติดตามการทำความสะอาดห้องพักให้สะอาดและถูกต้อง	4.91	0.29	มากที่สุด
3) กำกับติดตามการเก็บขยะ และขนย้ายขยะ	4.88	0.31	มากที่สุด
4) กำกับติดตามการส่งอาหารให้ผู้ป่วยได้รับครบทุกมื้อ	4.83	0.33	มากที่สุด
5) กำกับติดตามเส้นทางการเดินของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน	4.59	0.72	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของด้านการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ด้านการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน	Md	IR	ความหมาย
4.3 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาล			
4.3.1 การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา			
หัวหน้าทีมการพยาบาล			
1) ประเมินอาการและสัญญาณชีพแรกรับ	4.97	0.26	มากที่สุด
2) แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติให้รีบแจ้งพยาบาล	4.94	0.28	มากที่สุด
3) แนะนำการใช้อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพให้แก่ผู้ป่วย	4.94	0.28	มากที่สุด
4) แนะนำการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ และ Line application	4.91	0.29	มากที่สุด
5) ซักประวัติของผู้ป่วยให้ครอบคลุม	4.91	0.29	มากที่สุด
6) ให้ผู้ป่วยยืนยันตัวตน และยืนยันผลตรวจหาเชื้อก่อนเข้ารับการรักษา	4.88	0.31	มากที่สุด
7) แจ้งวัตถุประสงค์และระยะเวลาการกักตัวให้ผู้ป่วยรับทราบ	4.83	0.33	มากที่สุด
8) แนะนำข้อมูลการดูแลตนเองขณะพักอยู่ในห้องพัก	4.83	0.33	มากที่สุด
9) แนะนำการปฏิบัติตนในการอยู่ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ	4.83	0.33	มากที่สุด
4.3.2 การดูแลผู้ป่วย			
หัวหน้าทีมการพยาบาล			
1) บันทึกอาการ และสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุกวัน วันละ 2 ครั้ง	4.88	0.31	มากที่สุด
2) ประเมินความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า	4.88	0.31	มากที่สุด
3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการถ่ายภาพรังสีปอด (Chest X-ray)	4.83	0.33	มากที่สุด
4) ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยให้ได้รับพร้อมมื้ออาหารอย่างถูกต้อง	4.79	0.49	มากที่สุด
5) จัดสรรของบริจาคทั้งเครื่องอุปโภคและบริโภคให้ผู้ป่วยอย่างทั่วถึง	4.73	0.81	มากที่สุด
6) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในห้องพัก วันละ 1-2 ครั้ง	4.67	0.72	มากที่สุด
4.3.3 การส่งต่อผู้ป่วย			
หัวหน้าทีมการพยาบาล			
1) ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยพยาบาลขึ้นไปประเมินอาการ ให้การพยาบาลเบื้องต้น รายงานแพทย์และประสานส่งต่อ	4.91	0.29	มากที่สุด
2) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงตามเส้นทางการเดิน ไปขึ้นรถพยาบาล ส่งตัวไปรักษาต่อ	4.83	0.33	มากที่สุด
4.3.4 การจำหน่ายผู้ป่วย			
หัวหน้าทีมการพยาบาล			
1) จำหน่ายผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลรักษาจนครบกำหนด	4.91	0.29	มากที่สุด
2) แจ้งผู้ป่วยทราบเพื่อเตรียมตัวกลับบ้านล่วงหน้า 1-2 วัน	4.91	0.29	มากที่สุด
3) เตรียมใบรับรองแพทย์ให้แก่ผู้ป่วย	4.88	0.31	มากที่สุด
4) แนะนำการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และให้แผ่นพับความรู้	4.88	0.31	มากที่สุด
5) แนะนำช่องทางการติดต่อของโรงพยาบาลแม่ข่าย	4.88	0.31	มากที่สุด
6) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์	4.83	0.33	มากที่สุด
7) แนะนำการดูแลและสังเกตอาการภาวะลองโควิด (Long COVID)	4.79	0.49	มากที่สุด
8) ตรวจสอบเวชระเบียนให้สมบูรณ์ก่อนจำหน่ายออกจากระบบ	4.79	0.52	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า ด้านการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการความเสี่ยง 2) การควบคุมกำกับและป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และ 3) การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ข้อรายการส่วนใหญ่มีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.59-4.97, IR=0.00) และมี 1 ข้อรายการ ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมาก (Md = 4.50, IR = 0.88)

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของด้านการติดต่อสื่อสารและประสานงาน

ด้านการติดต่อสื่อสารและประสานงาน	Md	IR	ความหมาย
5.1 ภายในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ			
หัวหน้าทีมการพยาบาล			
1) ใช้ Line application ในการติดต่อสื่อสาร รายงานอาการ สัญญาณชีพ	4.94	0.28	มากที่สุด
2) ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือโทรศัพท์สายในในการติดต่อสื่อสาร	4.73	0.59	มากที่สุด
3) ใช้เครื่องอินเตอร์คอม หรือไมโครโฟนไร้สาย ในการสื่อสารจุดรับใหม่	4.67	0.72	มากที่สุด
5.2 ภายนอกหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ			
ผู้จัดการพยาบาล			
1) ประสานส่งต่อผู้ป่วยกับศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลแม่ข่าย	4.88	0.31	มากที่สุด
2) ขอความร่วมมือชุมชนในการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ	4.83	0.33	มากที่สุด
หัวหน้าทีมการพยาบาล			
1) ติดต่อประสานงานกับแพทย์เวร กรณีที่จำเป็นต้องมีการปรึกษาในการวินิจฉัย และสั่งการรักษา	4.88	0.31	มากที่สุด
2) ประสานการรับผู้ป่วยจากศูนย์บริการสาธารณสุข หรือจุดคัดกรองของโรงพยาบาลแม่ข่าย	4.79	0.49	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 พบว่า ด้านการติดต่อสื่อสารและประสานงาน ประกอบด้วย 1) ภายในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ และ 2) ภายนอกหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.67–4.94, IR = 0.28–0.72)

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของด้านการรายงานผลการปฏิบัติงาน

ด้านการรายงานผลการปฏิบัติงาน	Md	IR	ความหมาย
1) ผู้จัดการพยาบาลรายงานยอดผู้ป่วยทุกวันและทบทวนหลังปฏิบัติงาน	4.83	0.33	มากที่สุด
2) ผู้จัดการพยาบาลรายงานสถานการณ์และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา	4.79	0.57	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 พบว่า ด้านการรายงานผลการปฏิบัติงาน ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.79–4.83, IR = 0.33–0.57)

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของด้านการบริหารงบประมาณ

ด้านการบริหารงบประมาณ	Md	IR	ความหมาย
1) หัวหน้าพยาบาลบริหารจัดการให้มีค่าเวร และค่าเสี่ยงภัย	4.94	0.28	มากที่สุด
2) หัวหน้าทีมการพยาบาลตรวจเช็คและรายงานยอดเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน	4.83	0.33	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 พบว่า ด้านการบริหารงบประมาณ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน และให้ระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.83, IR = 0.33)

การอภิปรายผลการวิจัย

ด้านการวางแผนการจัดบริการ พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญสูงที่สุด ได้แก่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) ร่วมร่วมประชุมวางแผน และตรวจสอบความพร้อมสถานที่สาธารณูปโภค อธิบายได้ว่า หอผู้ป่วยเฉพาะกิจเป็นการจัดตั้งสถานพยาบาลนอกโรงพยาบาลเป็นการชั่วคราว[2] ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ต้องมีการประชุม วางแผน และสำรวจตรวจสอบความพร้อมของสถานที่และสาธารณูปโภคให้มีความพร้อมและปลอดภัย โดยมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) ให้คำปรึกษา แนะนำช่างและผู้ประกอบการโรงแรมจัดเตรียมสถานที่ให้ถูกต้องตามหลักการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ เช่น แนะนำให้นำพรมออกจากห้องพัก แนะนำให้มีระบบระบายอากาศแบบแยกส่วน และระบบการจัดการขยะติดเชื้อ สอดคล้องกับการวิจัย[9] พบว่า พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) มีหน้าที่ในการให้คำปรึกษา ดำเนินการ วางแผน และปรับปรุงสถานที่ดูแลผู้ป่วย

ด้านการจัดการโครงสร้าง พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญสูงที่สุด ได้แก่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) มีหน้าที่กำหนดเส้นทางเข้า-ออก และเส้นทางการเดินเป็นทิศทางเดียว และแนะนำการแบ่งกั้นพื้นที่ อธิบายได้ว่า โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางการสูดละอองฝอยน้ำลาย หรือสัมผัสสารคัดหลั่ง[10] ต้องให้ความสำคัญเรื่องการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อของสถานที่ โดยเฉพาะการกำหนดเส้นทางเข้า-ออก เส้นทางการเดิน และแบ่งกั้นพื้นที่อย่างชัดเจน สอดคล้องกับสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร[11] ได้ระบุว่า การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการแบ่งกั้นพื้นที่ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจให้แบ่งพื้นที่สะอาดและสกปรกอย่างชัดเจน

ด้านการบริหารจัดการบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญสูงที่สุด ได้แก่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) มีการจัดอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่โรงแรมในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ อธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่โรงแรมมีการทำงานในสิ่งแวดล้อมบริเวณใกล้เคียงกับผู้ป่วยในการเก็บขยะ การส่งอาหาร และการทำความสะอาด ซึ่งเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ ทำให้เกิดความเครียดและความกลัวในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการวิจัย[3] พบว่า ต้องมีการให้ความรู้และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โรงแรมในการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ เจ้าหน้าที่ของโรงแรมจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลในการให้บริการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

ด้านการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญสูงที่สุด ได้แก่ หัวหน้าทีมการพยาบาลมีการกำกับติดตามพยาบาลวิชาชีพในการประเมินอาการและสัญญาณชีพแรกรับ เพื่อคัดกรองประเภทผู้ป่วย อธิบายได้ว่า การรับผู้ป่วยเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ จะต้องมีการวัดสัญญาณชีพและความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด และถ่ายภาพรังสีปอดผู้ป่วยแรกรับ[6] เพื่อคัดกรองประเภทผู้ป่วย ป้องกันความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัย[3] พบว่า เมื่อผู้ป่วยมาถึงจุดคัดกรอง บุคลากรทางการพยาบาลจะทำการคัดกรองอาการ วัดสัญญาณชีพ และประสานเจ้าหน้าที่แผนกรังสี เพื่อทำการถ่ายภาพรังสีปอดให้แก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งรายงานแพทย์ให้พิจารณาผล

ด้านการติดต่อสื่อสารและประสานงาน พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญสูงที่สุด ได้แก่ หัวหน้าทีมการพยาบาลใช้ Line application ในการติดต่อสื่อสาร รายงานอาการ สัญญาณชีพ อธิบายได้ว่า

การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ มีการใช้ Line application เพื่อสื่อสารติดตามอาการ และปัญหาได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และลดการสัมผัส[13] สอดคล้องกับการวิจัย[13] พบว่า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีการใช้ Line application ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลกับผู้ป่วยในการสอบถามอาการ ปัญหา และส่งข้อมูลต่าง ๆ

ด้านการรายงาน พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญสูงที่สุด ได้แก่ ผู้จัดการพยาบาลมีหน้าที่รายงานยอดผู้ป่วยทุกวันและทบทวนหลังปฏิบัติงาน อธิบายได้ว่า หอผู้ป่วยเฉพาะกิจจัดตั้งด้วยระยะเวลาจำกัด จึงทำให้เกิดปัญหาหน้างาน ดังนั้น ผู้จัดการพยาบาลต้องจัดให้มีการทบทวนหลังปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การจัดบริการทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีการรายงานยอดผู้ป่วยในแต่ละวัน เพื่อนำไปวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาด สอดคล้องกับการศึกษา[14] พบว่า ผู้บริหารมีการประชุม สอบถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ปัญหา และมีการทบทวนหลังปฏิบัติงานทุกวัน เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง

ด้านงบประมาณ พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญสูงที่สุด ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลบริหารจัดการให้มีค่าเวร และค่าเสี่ยงภัย อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจเป็นงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ พยาบาลวิชาชีพต้องทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการปฏิบัติงาน อาจเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า ดังนั้น หัวหน้าพยาบาลจึงบริหารจัดการให้มีค่าตอบแทนเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ สอดคล้องกับการวิจัย[13] พบว่า การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานมากขึ้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงจัดสรรค่าตอบแทนและสวัสดิการ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถกำหนดเป็นนโยบาย หรือแนวทางการจัดบริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปประยุกต์เป็นแนวทางการจัดบริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจเมื่อมีการระบาดโรคอุบัติใหม่ของระบบทางเดินหายใจในอนาคต

3. ด้านวิชาการ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือการจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความคิดเห็นต่อคุณภาพการพยาบาลของผู้รับบริการในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจตามการศึกษาการจัดบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

References

1. Division of Non-Communicable Diseases. Report on the Review of the COVID-19 Situation and Prevention Control Measures at the Global and National Levels. Nonthaburi: Division of Non-Communicable Diseases; 2021. (in Thai)
2. Department of Health Service Support. What is a Hospitel? Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2021. (in Thai)
3. Tanathitikorn C. The system and effectiveness of care for COVID-19 patients in Hospitel: A Case study on Hospitel of Department of Disease Control. Disease Control Journal. 2021; 47(1):1138-50. (in Thai)
4. Department of Medical Services. Guidelines for Establishing Hospitels (Hospital-Hotels) Version of April 9, 2021. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2021. (in Thai)
5. Polchana A, & Mingmalairuk C. The Study of Spatial Field Hospitals to Create Prototype in Public Building. Arch Journal Issue. 2022; 34(1): 1-20. (in Thai)

6. Rodchanaarcha R, Nawsuwan K, & Singweratham N. Developing a Care Model for Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hospitel of Thai-Malaysian Border, Managed by the Inpatient Department of Sadao Hospital, Songkhla Province. Princess of Naradhiwas University Journal. 2022; 14(1): 134-56. (in Thai)
7. Negre A, Cervera M, Escarrabill J, Palou E, Carbonell A, Seijas N, et al. Patient's Experiences in a Medicalized Hotel for Covid-19 Acute Care Support. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2021; 203(9): 1-15.
8. Polchana A, & Mingmalairuk C. The Study of Spatial Field Hospitals to Create Prototype in Public Building. Arch Journal Issue. 2022; 34(1): 1-20. (in Thai)
9. Ditthasuwan D. Experiences Of Nursing Administrators In Managing Nursing Care Of Covid-19 Patients. Bangkok: Chulalongkorn University; 2021. (in Thai)
10. Dissara W, & Junwin B. Nurses with prevention management and controlling the covid-19 outbreak in the community. Journal of MCU Nakhondhat 2021; 8(12): 89-104. (in Thai)
11. Medical Services Department. Field Hospital Operation Manual. Bangkok: Medical Services Department; 2021. (in Thai)
12. Oumtanee A, Pornmesri A, Chintapanyakun T, & Raimaturapong J. Nursing Management during the COVID-19 Pandemic at Samutprakarn Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1):249-58. (in Thai)
13. Nantsupawat A, Wichaikhum O, Abhicharttibutra K, Akkadechanunt T, Sanluang CS, Udkunta K, et al. A Study of Field Hospital Administrative System in COVID-19 Situation: A Case Study of Budsarakhum Hospital. Chiangmai: Siampimnana; 2022. (in Thai)
14. 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)

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการหกล้มในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Relationships between Physical Functions and Falls in Older Adults with Stroke at Three Months after Discharge

อริสา ทรงโฉม สุปรีดา มั่นคง* นุชนาฏ สุทธิ
Arisa Songchom Supreeda Monkong* Nuchanad Sutti
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การหกล้ม และความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน การทรงตัว แรงบีบมือ และการหกล้มในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 60 ปีขึ้นไป จำหน่ายจากโรงพยาบาล 3 เดือน จำนวน 130 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัดชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการหกล้ม (2) แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (3) Time Up and Go Test (4) Berg Balance Scale และ (5) การทดสอบแรงบีบมือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย มีผู้ที่หกล้ม 67 ราย (ร้อยละ 51.54) ในช่วง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การทำหน้าที่ด้านร่างกายที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($r = -.621$, $p < .001$), การเดิน ($r = .628$, $p < .001$), และการทรงตัว ($r = -.616$, $p < .001$) แรงบีบมือมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.283$, $p < .001$) และแรงบีบมือในเพศหญิงมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีการบาดเจ็บจากการหกล้มและกลุ่มที่ไม่มีการบาดเจ็บจากการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ด้านร่างกาย, การหกล้ม, ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

A descriptive study was used to estimate the incidence and examine the association between activities of daily living, gait, balance, hand grip strength, and falls in older adults with stroke at three months after discharge. One hundred thirty older adults with stroke receiving follow up sessions at a tertiary hospital and a university hospital in Chonburi. The study instruments included (1) The demographic and falls information questionnaire (2) Barthel Activities of Daily Living Index (3) Time Up and Go Test (4) Berg Balance Scale, and (5) Hand grip strength. Data was analyzed using Pearson product-moment correlation, Spearman's rank correlation, and Chi-square test. The findings of this study revealed that out of 130 participants, 67

Corresponding Author: * E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

วันที่รับ (Received) 20 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ก.ค. 2566

participants (51.54%) had falls in the first three months after discharge. Strong was the relationship between falls and physical functions including activities of daily living (r = -.621, p <.001), gait (r = .628, p <.001), and balance (r = -.616, p <.001). The relationship between hand grip strength and falls was weak (r = -.283, p = .001). There was significant difference in hand grip strength among females between fall related injured group and non-fall related injured group (p < .05).

Keywords: Physical functions, Falls, Older adults with stroke

Introduction

Falls in older adults with stroke could result in a variety of complications. This kind of incidence had 10-20% probability to turn into injuries in older adults and it also contributed up to 5% as a cause of hospitalizations in older adults over 65 years of age.[1] Fall-related injuries could result in poor recovery and give older adults disabilities from which they may not fully recover afterwards.[2]

There are still higher incidence of falls at three months after discharge in older adult with stroke.[3] Older adults also fall more often than those who are younger.[4,5] They had their own specific risk factors for falls that were different from other populations. The risk factors consisted of age-related changes and the pathological features of the stroke itself.[6] Most of them had impaired motor nervous system, which may be caused by signal transmission failure from cerebral cortex, chronic brain injury, and muscle atrophy from patient's excessive inactivity.[7] As a result of the impairment, older adults after a stroke were found to have poor muscle tone, poor muscle strength, poor balance, and nervous system incoordination. These outcomes could lower their mobility and put more strain on their physical functions.[8] If we combined those elements with the activities during post-stroke rehabilitation, such as early ambulation and task-specific movement training, the risk of falls could be augmented.

The physical function was the most common risk factor of falls which could be assessed through investigating daily living activities, gait, balance, and hand grip strength.[9] Older adults with reduced daily activities, achieved a low score on Berg Balance Scale, spent a long time on Timed Up and Go Test, and decreased in Hand grip strength had a statistically significantly higher risk of falling.[10,11,12,13] Gerontological Nurse Practitioners (GNP) had an important role in preventing falls from happening. However, even though older adults recovering from a stroke have received a comprehensive stroke rehabilitation program, especially during their first three months after discharge from the hospital, the incidence of falls still persisted.[3] Be it the ineffectiveness or a lack of fall protection, they may potentially reduce rehabilitation development. Therefore, GNP should take part in the recovery process with new approaches to further ensure that the risk of falls would be reduced, and that is essential during the rehabilitation phase of stroke recovery in older adults. This study aimed to estimate the incidence of falls and examine the correlation between physical functions and falls as a guideline for GNP or other health care providers to encourage older adults with stroke to maintain their physical ability as much as possible.

Research Objectives

1. To estimate the incidence of falls in older adults with stroke at three months after discharge.

2. To examine the correlations between

physical functions and falls in older adults with stroke at three months after discharge.

Methods

A cross-sectional study was conducted to estimate the incidence of falls and examine the correlation between physical functions (activities of daily living, gait, balance, and hand grip strength) and falls in older adults with stroke at three months after discharge and visited Burapha University Hospital and Chonburi Hospital, which are tertiary and secondary hospitals respectively, for follow-up during December 2021 to May 2022.

Samples

A purposive sampling technique was used to recruit the prospective sample. Inclusion criteria on sample selection were: 1) patients must have cognitive intact evaluated by using the 6-item Cognitive Impairment Test–Thai version with a score of seven or lower[14] 2) older adults age 60 and over with ischemic or hemorrhagic stroke 3 months after discharge and 3) patients must be able to communicate in Thai. Prospective participants who had a history of hip osteoarthritis, knee osteoarthritis, other skeletal or neurological disorders would be excluded. The sample size was calculated on the G*power version 3.1.9.6 package program.[15] A review of the literature found that falls were related to activities daily living ($r = -.383$, $p = .008$),[16] gait ($r = .446$, $p < .005$),[17] balance ($r = -.445$, $p < .005$),[17] and hand grip strength ($r = -.254$, $p = .003$).[18] The relationship between falls and hand grip strength was the lowest. Therefore, it was used to determine the effect size (Effect size) equal to 0.254. An 80% power analysis, an alpha of .05. When the value is calculated with a program, the sample size was 119 participants. In case the sample withdraws or the information is incomplete, the researchers increased the sample size by approximately 15 percent. Finally, there were 130 participants in this study. The proportion of the samples from each hospital is based on the number of stroke older adults admitted to both hospitals from September to December 2021. There are 242 cases at Chonburi Hospital and 83 cases at Burapha University Hospital. The proportion was 96 participants enrolled from Chonburi Hospital and 34 participants enrolled from Burapha University Hospital with a total of 130 participants.

Research Instrument

1. Falls history record book including age, gender, body mass index, marital status, educational level, monthly income, residential characteristics, underlying conditions, medication use, length of stay in hospital for stroke treatment, and history of falls in the past 3 months

2. The Modified Barthel Activities of Daily Living Index: MBAI[19] consists 10 activities. Each item receives a score from zero to three points. The Modified Barthel Activities of Daily Living Index scores range from 0 to 20 points, Low score is interpreted as poor ability to function. In this study, the Cronbach's alpha coefficient was .86 for 130 participants.

3. Time Up and Go Test: TUGT used to assess walking ability. In TUGT participants are asked to rise from a standard armchair, walk to a marker 3 meters away, turn, walk back to the chair, and sit down again. The score is the time in seconds that participant takes to complete the course. If participants spend more time on the test, it reflects they have more physical mobility deficit.[20] The test-retest correlation coefficients for TUGT scores in older adults with stroke was .95. While TUGT was correlated with the Berg Balance Scale ($r = -.81$), gait speed ($r = -.61$) and the Barthel Index of. ADL ($r = -.78$).[12]

4. Berg Balance Scale: BBS used to measure both the static and dynamic aspects of balance. It consists of 14 activities. Each activity has five choices with rating scale from zero to four points, zero points indicating an inability or need more assistance to complete the task and 4 points indicating independence and performing confidently to complete the task. BBS scores range from 0 to 56 points, Low scores indicate poor balance.[21] In this study, the Cronbach's alpha coefficient was .97 for 130 participants.

5. Hand grip Strength used to measure muscle strength of both hands and forearms by using Digital dynamometer grip - D T.K.K.5401. Participants were asked to squeeze it as hard as possible for 3 seconds and do it twice on each hand at least 2 minutes apart then read the test value in kilograms. The mean of two trials of each hand was measurement in this study and the mean hand grip strength was calculated from the value of both hands. Low scores indicate poor hand muscle strength.[22] Interpretation of results compared to standard values of relative hand grip strength to body weight (kg/body weight). Using the criteria of older adults aged 60 years and over and gender to classified.[23]

Statistical analysis

Demographic and falls information were analyzed by using employing descriptive statistics. Pearson's product moment correlation and Spearman's rho correlation were used to examine the relationship between physical functions and number of falls. Chi - Square and Fisher's Exact test were used to compare physical functions between groups with fall injuries and without a fall injury.

Ethical consideration

This research protocol was approved by the Institutional Review Board (IRB) of the Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University (COA. MURA2021/806), the Faculty of Medicine, Burapha University Hospital (HS071/2564), and Chonburi Hospital (2/65/O/q). All participants have signed the consent form before attending this study. The participants have also given their verbal consent and understood the right to call off from the study without providing any explanations. The consent form process was completed before starting the data collection phase. The participant's anonymity and confidentiality were well protected. All the forms were kept anonymous. All data was stored in a secure place and only utilized for the purpose of the research. The results were reported as group data.

Results

There were more male participants than females (60% and 40% respectively). The age of older adults who participated varied between 60 - 89, with an average of 70.8 (SD = 7.32). Half of them had a normal BMI level. 90.77% of participants were diagnosed with at least one disease while the most common disease was hypertension (88.14%). 61.21% of participants took four or more drugs, while the most common ones were antihypertensive drugs (86.21%). There were 67 older adults (51.54%) who had falls during the first three month after discharge.

The average age of the 67 participants who experienced falls was 73.28 years (SD = 0.921), while 28 of them were women (41.79%). By categorizing the frequency of falls during the study period, 35 participants, counted as 52.24% of the patients who fell, reported that they have experienced falls once. The severity of injuries incurred during falls would be divided into a group of 44 fallers (65.67%) with no injuries and the other 23 (34.3%) with injuries. Almost half of fall injuries turned out to be minor injuries, such as bruises/abrasions (76.19%). The most common area for falls to occur was reported to be the area

inside the participants' houses (62.69%) and then bedrooms (31.34%). Flat surfaces were the area's most common characteristic where falls occurred (92.42%). Sudden muscle weakness was suspected to be the most prevalent causes of falls, which accounted for 82.09%. The most prevalent time reported for falls was during the middle of the day (71.64%), as shown in Table 1.

Table 1 Frequency, percentage of number of falls, falls characteristic, severity, location, location characteristic, falls cause, and time (n = 67)

Falls related information	n	%
Number of falls		
1 time	35	52.24
2 times	21	31.34
≥ 3 times	11	16.42
Severity of injuries * (More than 1 answer possible)		
No injury	44	65.67
Bruises/Abrasions	32	76.19
Laceration/Sprains/Strains	10	23.81
Fractures/Dislocations/ Hospitalization	2	4.76
Location* (More than 1 answer possible)		
Other room Inside home	42	62.69
Bedroom	21	31.34
Outside home	13	19.40
Bathroom	8	11.94
Location characteristic* (More than 1 answer possible)		
Flat floor	61	92.42
Stair, step	10	15.15
Flat floor with obstacles	2	3.03
Cause* (More than 1 answer possible)		
Muscle weakness	55	82.09
Trip step	9	13.43
Dizziness/Syncope	5	7.46
Trip obstacle	4	5.97
Slip wet floor	4	5.97
Unsuitable shoes	1	1.49
Time* (More than 1 answer possible)		
Morning	24	35.82
Day	48	71.64
Evening	5	7.46
Night	7	10.45

Forty-four participants who falls without injury, most of them possessed a mild to moderate level of self-dependency (37.31%), dependent mobility level (16.42%), and good balance (16.42%). Most male participants had low to very low hand grip strength (33.34%), while the females had low to very low hand grip strength (28.57%). A significant difference could only be detected in hand grip strength in females between the group with fall injuries and the group without ($p < .05$). On the other hand, there were no significant differences among ADLs, gait, and balance between the two groups ($p < .05$).

There was a significant relationship between the activities of daily living, gait, balance, hand grip strength and falls in older adults three months after discharge. An inversion variation was detected between these variable and falls incidence. The strong positive relationship between these three variables and falls was found (Activities of daily living ($r = -.60$, $p < .001$), gait ($r = .62$, $p < .001$), balance ($r = -.62$, $p < .001$)). On the contrary, the negative relationship between hand grip strength and falls was weak ($r = -.261$, $p = .003$), as shown in Table 2.

Table 2 Relationships between physical functions and number of falls in older adults with stroke (N = 130)

Variable	Number of falls	
	r	p-value
Activities of daily living	rs = -.621	< .001
Gait	rs = .628	< .001
Balance	rs = -.616	< .001
Hand grip strength	r = -.283	.001

r = Pearson's test; rs = Spearman's rho Correlation test

Discussion

The results indicate that, among 130 participants, there are 67 persons (51.54%) who experience falls after being diagnosed with a stroke during the age of 70 - 79 years old (46.30%), which is similar to the study in New Zealand conducted with a middle-old participant group.[24] The cause might be the biological deterioration of people due to their middle-old age that tends to lead to the development of more medical conditions, which result in more drug intake compared to the youngest-old group. The middle-older group is also more dependent to others than their younger counterpart. However, they could still maintain more independence than people in the oldest-old group.[25] In this study, most of participants had hypertension, diabetes, and hyperlipidemia which may increase musculoskeletal conditions.[26] In addition, older adults with stroke are found to have low muscle tone, less muscle strength, poorer balance, and degenerated nervous system coordination. Hence, these conditions have decreased patients' mobility and made their daily activities hard to independently perform.[8] To conclude, these factors can increase the risk of falls.

This study reveals that half of the participants have already fallen over at least once. A previous study's results supported the current findings that stroke patients had a high probability of falling during the six months period after their stroke occurred.[27] Most of the participants did not sustain any injuries or were only slightly hurt (bruises and scratches). According to other studies, stroke patients received

no injuries after falling.[28] On the other hand, as for some patients who did get injured, their injuries were not significant.[3] This might result from an attentive rehabilitation that the healthcare providers have provided during the first three months after discharge.[29] As a result, older adults were fully motivated to practice physical therapies and occupational therapies. Furthermore, they were given advice on how to avoid any risky environment that could lead to falls.[30] Consequently, when falling occurred, most older adults were not hurt or only had insignificant injuries.

Daily living was negatively correlated with the number of falls at a significant level. There is not only biological degeneration that increases the risk of falling, but having a stroke also plays a role. Stroke patients normally suffer from a loss of muscular and neurological functions, which put limits on how they perform their daily living. Nonetheless, there is not a noticeable correlation between the activity of daily living and the severity of fall injuries. Unlike the previous studies, which found that daily activities were statistically predictive of falls-related injuries,[31] the high self-dependency group reported that they had low fear of falling, were not careful while doing activities in daily life, and had no family members who could pay close attention to them. As a result, it was found that they had serious injuries from falls. On the contrary, the group with low self-dependency will be restricted from doing any activities or even using walking aids. Therefore, the severity of the injury from falls was only minor.

Gait was significantly correlated in the positive direction with the number of falls. Previous studies suggested that older adults who have fallen over one or more times significantly took more time to complete the tasks in TUGT.[32] The results described that older adults had unequal stepping and spent more time on the stance phase during gait. Furthermore, the older adults' arm swing was low, especially in stroke patients with muscle weakness. Additionally, their knees could suddenly fold during the stance phase, which might eventually cause falls.[33] Ultimately, there is no correlation between gait period and the severity of the fall injury. However, older adults with impaired gait could possibly have more serious injuries than the ones who could perform gait normally. Another finding showed that older adults with poor gait ability were afraid of falling, so they raised their vigilance to prevent themselves from falling over.[34] Some even restricted themselves from doing any activities and depended on walking assistance.[35] This might be the cause of the difference in injury level of the participants.

Balance was significantly correlated in a negative direction with the number of falls. The previous study found that stroke patients with low BBS scores were more at risk of falling.[11] This might be explained by the fact that balancing requires coordination among the vestibular system, somatosensory system and musculoskeletal system.[32] Due to age-related biophysical changes as well as the pathological symptoms of stroke, those systems may not function properly.[7] Balance, on the contrary, did not have any significant correlation with severity of injuries associated with falls. This study has revealed a different outcome despite the results of the previous studies. The outcomes showed that the participants who had poor balancing ability have received support from their relatives. Moreover, as they were unable to properly balance their bodies, they were provided with walking assistance to limit their unnecessary movement. That might be the reason why the participants in question did not sustain any fatal injuries from falling. On the other hand, the other participants who still had normal balance did not have any of their relatives to aid them when they were in need. With their lack of support before and

after falling, the latter group of participants have suffered from more serious injuries than the poor balancing ones.

Hand grip strength was significantly correlated with the number of falls. Hand grip strength could imply one's muscle strength.[35] As a result, having lessened muscle strength, especially around one's upper muscle area, could correlate to falling.[36] The weakened muscle was a reflection in daily living limits which lead to impaired movement and eventually falling.[37] Hand grip strength in female was significantly correlated to the severity of injuries associated with falls. This may be explained by the more rapid muscle loss in female patients in middle-old group than that of men's because the former naturally had smaller muscle fibers and some other age-related changes.[38] In addition, older stroke patients did not have enough strength to support themselves when they fell over. They were not capable of reaching walking assistance, furniture, or walls to minimize the damage of their falls. Thus, hand grip strength could potentially predict the severity of falling.[39]

Implications for the Study Findings

According to the results of this study, more than half of the participants fell at three months after discharge from hospital. Therefore, healthcare providers should focus on preventing falls from related factors in this group. In this study, it was found that physical functions were falls related factors consisted of activities of daily living, gait, balance, and hand grip strength. Therefore, promoting these factors can be done by

1. Encourage older adults with stroke to maintain their physical ability as much as possible.

2. Promote exercises that can improve balance such as Tai Chi, walking with weights, stretching, ballroom dancing, or swimming, etc.

3. Encourage gait training to improve their gait pattern, speed, and coordination of skeletal, muscular, and nervous systems such as body-weight supported treadmill training which can help them walk safely and provide stability.

4. Promote hand grip strength by recommending to use weak hand to perform basic daily activities such as holding a spoon and fork during meals, opening bottle caps, and twisting doorknobs, etc.

Recommendations for Further Study

1. This study focused on the risking factors, such as daily living, gait, balance and hand grip strength, during the 3-month period after discharge. A further 6-month follow-up session should be conducted to deepen the understanding the correlation between falling and those factors.

2. Studies involving the risking factors (daily living, gait, balance and hand grip strength) are considered as important factors to improve falling prevention programs in older adults with stroke after their discharge for 3 months.

Acknowledgements

The author is honored to receive every participant's consent to participate in this study. Conflict of Interest: No conflict interests were disclosed in this study.

References

1. Rubenstein LZ. Falls in Older People: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age and Ageing. 2006;35(Suppl 2); ii37-41.
2. Phakdeewiwat P. The factors predicting the mobility of stroke patients during the first year of stroke [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2018. (in Thai)

3. Kongubol W. Risk factors of falling in post stroke patients after discharge from the hospital. Journal of The Department of Medical Services. 2018;43(3):79-85. (in Thai)
4. Ugur C, Gücüyener D, Uzuner N, Özkan S, & Özdemir G. Characteristics of falling in patients with stroke. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 2000;69(5): 649-51.
5. Talbot LA, Musiol RJ, Witham EK, et al. Falls in young, middle-aged and older community dwelling adults: perceived cause, environmental factors and injury. BioMed Central Public Health. 2005;5(86):1-9.
6. Tan KM, & Tan MP. Stroke and falls-clash of the two titans in geriatric. Geriatrics. 2016;1(4): 31.
7. Brewer L, Horgan F, Hickey A, Williams D. Stroke rehabilitation: recent advances and future therapies. An International Journal of Medicine. 2013;106(1):11-25.
8. Hatem SM, Saussez G, Della Faille M, Prist V, Zhang X, Dispa D, et al. Rehabilitation of motor function after stroke: a multiple systematic review focused on techniques to stimulate upper extremity recovery. Frontiers in human neuroscience. 2016;10:442.
9. Edholm P, Nilsso A, & Kadi F. Physical function in older adults: impacts of past and present physical activity behaviors. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2019;29(3):415-21. (in Thai)
10. Ocha W, Arayawichanon P, & Manimmanakorn N. Incidence of falling in stroke patients after discharge. ASEAN Journal of Thai Rehabilitation Medicin. 2010;20(1):15-9. (in Thai)
11. Simpson LA, Miller WC, & Eng JJ. Effect of stroke on fall rate, location and predictors: a prospective comparison of older adults with and without stroke. PloS One. 2011;6(4):e19431.
12. Podsiadlo D, & Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society. 1991;39(2):142-8.
13. Wahba H, Abdul-Rahma, S A, & Mortagy A. Handgrip strength and falls in community-dwelling Egyptian seniors. Advances in Aging Research. 2013;2(4): 109-14.
14. Aree-Ue S, & Youngcharoen P. The 6 Item Cognitive Function Test- Thai Version: psychometric Property Testing. Nursing Research and Innovation Journal. 2020;26(2):188–202. (in Thai)
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods. 2007; 39(2):175-91.
16. Hyndman D, & Ashburn A. People with stroke living in the community: attention deficits, balance, ADL ability and falls. Disability and Rehabilitation. 2003;25(15): 817–22.
17. Choi S, & Lee B-H. The correlations between fall experience, balance, mobility and confidence in persons with stroke. Physical Therapy Rehabilitation Science. 2020;9(3): 178-83.
18. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1999.
19. Berg K, Wood-Dauphinee S, & Williams JI. The balance scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. Scandinavian journal of rehabilitation medicine. 1995;27(1):27-36.
20. Aekplakorn W, & Puckcharern H, Satheannoppakao W. The 6th Thai health survey by physical examination 2019-2020. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership; 2021. (in Thai)
21. Kerse N, Parag V, Feigin VL, McNaughton H, Hackett ML, Bennett DA, et al. Falls After Stroke. Stroke. 2008;39(6): 1890-3.

22. Pongboriboon U. The elderly situation in Thailand: health's problems and needs. EAU Heritage Journal Social Science and Humanity. 2020; 10(2): 46-58. (in Thai)
23. Sports Authority of Thailand. Standard physical fitness norms of Thai people. Bangkok: Newtrimitr press; 2000.
24. Wimolphan P, Pitchalard K, Panya P, Jiteurangkoon P. Development of the care plan for caregivers of communities dwelling older adult stroke survivors. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3): 237-46.
25. Jalayondeja C, Sullivan PE, & Pichaiyongwongdee S. Six-month prospective study of fall risk factors identification in patients post-stroke. Geriatrics & gerontology international. 2014; 14(4):778-85.
26. Djurovic O, Mihaljevic O, Radovanovic S, et al. Risk Factors Related to Falling in Patients after Stroke. Iranian journal of public health. 2021; 50(9):1832-41.
27. Lee KB, Lim SH, Kim KH, Kim KJ, Kim YR, Chang WN, et al. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. International journal of rehabilitation research. 2015;38(2):173-80.
28. Rodseeda P. Fall prevention among the elderly living in a community: the nursing role in home health care. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018; 11(2):15-25. (in Thai)
29. Bergland A, & Wyller TB. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. Injury Prevention. 2004;10:308-13.
30. Gonçalves D, Ricci N, & Coimbra A. Functional balance among community-dwelling older adults: a comparison of their history of falls. Brazilian Journal of Physical Therapy. 2009; 13(4):316-23.
31. Tangpornprasert P, Virulsri C, & Hongsanukulsant C. Design of knee-ankle-foot orthosis for elders with muscle weakness. ME-NETT 26. 2012 Oct 24-26; Chiang Rai; 2012. (in Thai)
32. Srivastava S, & Muhammad T. Prevalence and risk factors of fall-related injury among older adults in India: evidence from a cross-sectional observational study. BioMed Central Public Health.2022;22(550):1-10.
33. Phongphanngam S, & Nawai A. Falls, fear of falling, and activity avoidance due to fear of falling among Thai community-dwelling older adults living in suburban Chiang Mai Thailand. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1): 22-38. (in Thai)
34. Muir SW, Berg K, Chesworth B, Klar N, & Speechley M. Balance impairment as a risk factor for falls in community-dwelling older adults who are high functioning: A prospective study. Physical therapy. 2010;90(3):338-47.
35. Pluijm SM, Smit JH, Tromp EA, Stel VS, Deeg DJ, Bouter LM, et al. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. Osteoporosis international. 2006;17(3): 417–25.
36. Moreland JD, Richardson JA, Goldsmith CH, & Clase CM. Muscle weakness and falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2004;52(7):1121–29.
37. Jiraviroj A, & Phuthikhamin N. The study of fall risk instroke patients in rehabilitation phase. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2013;8(2): 26-34. (in Thai)
38. Shah SA, Safian N, Mohammad Z, Nurumal SR, Wan Ibadullah WA, Mansor J, et al. Factors associated with handgrip strength among older adults in Malaysia. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2022;15:1023-34.
39. Winger ME, Caserotti P, Cauley JA, Boudreau RM, Piva SR, Cawthon PM, et al. Lower leg power and grip strength are associated with increased fall injury risk in older men: the Osteoporotic fractures in men (MrOS) study. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences. 2022;glac122.

ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี

Factors Predicting the Readiness of Village Health Volunteers for Screening and Prevention of Dementia in Community, Chonburi Province

สุคลทิพย์ พลโลกา[1] วรรณรัตน์ ลาวัง*[2] ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ[2]
Sukontip Phollka[1] Wannaraty Lawang*[2] Chanandchidadussadee Toonsiri[2]
[1]โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี ประเทศไทย 20230
[1]Laem Chabang Hospital, Chonburi, Thailand 20230
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131
[2]Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาความพร้อมและปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและปฏิบัติงานในจังหวัดชลบุรี จำนวน 192 ราย ที่ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย แบบสอบถามความพร้อม แบบสอบถามการให้ความหมาย แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Cronbach's alpha = 0.97, 0.89, 0.82, 0.93 ตามลำดับ) และแบบทดสอบความรู้ (KR-20 = 0.73) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า อสม.มีความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 54.17, SD = 11.54, Madj = 3.01) โดยปัจจัยการให้ความหมาย (β = 0.32, p<.05) การสนับสนุนทางสังคม (β = 0.20, p<.05) ภาวะสุขภาพ (β = 0.18, p<.05) และทัศนคติ (β = 0.13, p<.05) สามารถร่วมทำนายความพร้อมได้ร้อยละ 30.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .306, R^2_{adj} = .292, F = 9.714, p<.05) ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรให้ความสำคัญกับการยกระดับความพร้อมของ อสม.ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ผ่านการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมที่เน้นส่งเสริมการให้ความหมายที่ดีต่อตนเองและบทบาท เพิ่มทัศนคติทางบวก ร่วมกับพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและสนับสนุนทางสังคมแก่ อสม. เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติบทบาทและผลลัพธ์ที่ดี

คำสำคัญ: การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม, ปัจจัยทำนาย, ความพร้อม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

This predictive correlational research aimed to describe readiness and to determine factors predicting the readiness of Village Health Volunteers (VHVs) for screening and preventing dementia within the community. Multi-stage random sampling was used to recruit 192 VHVs within Chonburi province, who meet the specified criteria, data collection was using self-reports, including readiness questionnaires, consists of a readiness questionnaire Definition, Attitude and Social Support questionnaires (Cronbach's alpha = 0.97, 0.89, 0.82, 0.93, respectively) and knowledge test (KR-20 = 0.73). Descriptive statistics and stepwise multiple

Corresponding Author: *E-mail: lawang@go.buu.ac.th

วันที่รับ (Received) 30 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 29 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ส.ค. 2567

regression statistics were performed to analyze the data. The study revealed that the overall readiness for screening and preventing dementia among VHVs was rated at a moderate level (M = 54.17, SD = 11.54, Madj = 3.01). By the meaning factor (β = 0.32, p<.05), social support (β = 0.20, p<.05), health status (β = 0.18, p<.05), and attitudes (β = 0.13, p<.05) could predict 30.6% of the variance accounted. (R^2 = .306, R^2_{adj} = .292, F = 9.714, p<.05). These findings suggest that nurses and other health personnel who work in communities, should address for enhancing the readiness among VHVs, through preparedness program by focusing on promoting meaning of self and role, increasing attitudes towards dementia and role, taking care of health, including developing a health care and social support system for VHVs to lead to high performance of their roles and results.

Keyword: Screening and Preventing Dementia, Factor predicting, Readiness, Village Heath Volunteer (VHV)

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่ท้าทายการจัดการสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย ความพิการ และภาวะพึ่งพิงของประชากรโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ปี พ.ศ. 2562 ประชากรโลกมีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 55.2 ล้านคน โดยร้อยละ 83 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 7.8 ของผู้สูงอายุทั่วโลก)[1] เมื่อเทียบกับข้อมูลแนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2564 ประชากรโลกมีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 59 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มมากถึง 125 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593[2] สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 9 แสนคน โดยร้อยละ 76 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 8.1 ของผู้สูงอายุไทย)[3] เมื่อคาดประมาณตามข้อมูลผู้สูงอายุของประเทศไทยคาดว่า ในปี พ.ศ. 2580 ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน[4] ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โลก

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเริ่มมีอาการและเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการมากแล้ว โรคจึงมีแนวโน้มแย่ลง บางรายเข้าสู่ภาวะผู้ป่วยติดเตียงรวดเร็ว ผู้ดูแลเกิดความเครียดหรือสุขภาพแย่ลง[5] และระบบบริการสุขภาพที่ต้องแบกรับภาระตามมา[1,6] ดังนั้น การคัดกรอง การป้องกัน และการรักษาที่รวดเร็วเป็นสิ่งที่สำคัญ ประเทศไทยจึงผลักดันนโยบายคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน แต่ภายใต้ข้อจำกัดที่พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพมีจำนวนจำกัดและภาระงานค่อนข้างมาก ทำให้บางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึง จึงต้องประสานความร่วมมือกับภาคประชาชน อันได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมดำเนินการ เนื่องจากใกล้ชิดและได้รับความไว้วางใจจากประชาชนในพื้นที่และเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพในชุมชนมาอย่างยาวนาน[7]

อสม. ในฐานะของนักจัดการสุขภาพที่เป็นตัวแทนของประชาชนในแต่ละพื้นที่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนของประเทศไทย[7] ซึ่งมีกิจกรรมครอบคลุม 1) การสำรวจและทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย 2) การวางแผนและทำแผนการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย 3) การคัดกรองและคัดแยก 4) การบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล 5) การดำเนินการป้องกันเชิงรุก และ 6) การติดตามและสรุปข้อมูล[7,8] ทั้งนี้ในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อสม. จำเป็นต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติ

ความพร้อมของ อสม. เป็นการรับรู้ว่าตนนั้นมีศักยภาพที่จะปฏิบัติงานได้ตามบทบาทที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด เพื่อช่วยให้การทำงานราบรื่นและประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย[9,10] เมื่อ อสม.จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนเองให้สอดคล้องตามนโยบายหรือสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในชุมชน การที่ อสม.ได้รับการสนับสนุนให้มีความพร้อมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น[11] เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน[12] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการจัดการโรคอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง[13] การรับมือการระบาดโรค COVID-19[14] ขณะที่ความพร้อมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายของโรค[15] ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทของ อสม. หรือผู้ที่อาสาเข้ามา

ดูแลสุขภาพผู้อื่นพบว่า มีหลายประการ ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล[15] ภาวะสุขภาพ[15,16] การให้ความหมาย[17,18] ความรู้[15,16,19] ทัศนคติ[15,16,20] การสนับสนุนทางสังคม[15,16,19] ความเครียด และปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอก[16,19] จากข้างต้น ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นองค์ความรู้ที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

จากข้างต้นผู้วิจัยจึงศึกษา “ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน” ในบริบทจังหวัดชลบุรี ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษเขตภาคตะวันออกที่ชุมชนมีลักษณะหลากหลายทั้งเมือง อุตสาหกรรม และเกษตรกรรม โดยการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นนโยบายที่ต้องเร่งดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมาย[22] และมี อสม. ที่ขึ้นทะเบียนจำนวนประมาณ 13,789 คน[21] ผลการศึกษานี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี

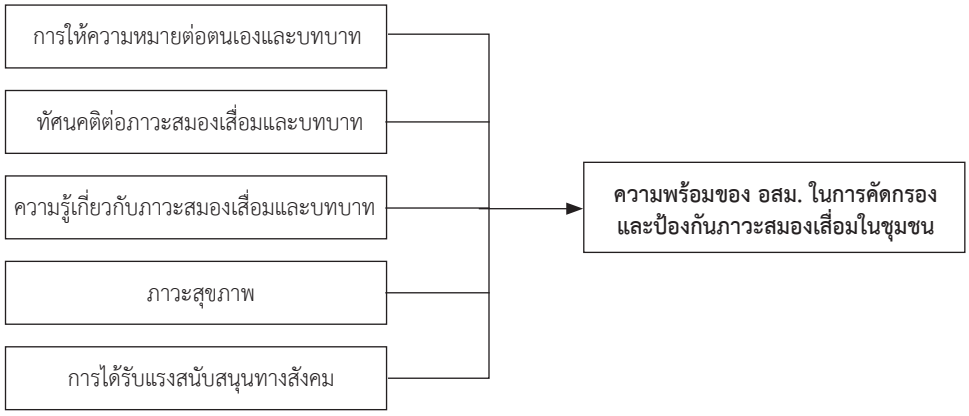
สมมติฐานการวิจัย

การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน[23] (Transition) ของ Afaf Ibrahim Meleis มาอธิบายความพร้อมของ อสม. และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการปฏิบัติบทบาทคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเปรียบเสมือนการดำเนินการเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organizational transition) โดยบุคคลจะมีการตอบสนองหรือมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านแตกต่างกัน ภายใต้เงื่อนไขที่เอื้ออำนวยหรือที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล (personal conditions) เช่น การให้ความหมาย วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการได้รับการเตรียมตัวและความรู้ 2) เงื่อนไขด้านชุมชน (community conditions) และ 3) ปัจจัยด้านสังคม (society conditions)

เมื่อพิจารณาเงื่อนไขร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จึงสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และภาวะสุขภาพ) และ ปัจจัยด้านชุมชน (การสนับสนุนทางสังคม) ส่วนปัจจัยด้านสังคม พบว่า ภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่โรคติดต่อหรือคุกคามผู้อื่น และผู้มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สังคมจึงมีการรับรู้หรือมุมมองที่มีต่อผู้ที่เจ็บป่วยและการดูแลในทิศทางเดียวกันจึงไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) ในจังหวัดชลบุรี ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นอสม.ที่ขึ้นทะเบียนแล้วโดยผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และยังคงปฏิบัติงานอยู่ ณ วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวนประมาณ 13,789 คน[21]

กลุ่มตัวอย่าง เป็นอสม.ที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ปฏิบัติงานในหน้าที่อสม.อย่างน้อย 1 ปี และสามารถอ่านหนังสือได้ ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการหาอิทธิพล โดยใช้สถิติ regression analysis ได้คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และ 2 ด้วยวิธีการวิเคราะห์ power analysis จากโปรแกรม G* Power[24] โดยกำหนด Alpha ที่ .01 ค่า power of test ที่ .95 และค่า effect size เท่ากับ 0.13 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากผลการศึกษาที่ผ่านมาของณัฐรดา แฮคำ[15] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 181 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 2025 รวมเป็นจำนวน 217 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมเลขที่ G-H5055/2565 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จากมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยประสานงานกลุ่ม อสม. ตัวอย่าง เพื่อถามความสมัครใจและนัดหมายวันเวลาที่เข้าพบ เมื่อเข้าพบตามที่นัดไว้ จึงเริ่มจากอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดของแบบสอบถาม และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างให้การยินยอมแล้วจึงให้ลงนามยินยอม หลังจากนั้นจึงเริ่มทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยทุกคนต้องปฏิบัติตนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ของกระทรวงสาธารณสุข[26] ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (self-report questionnaire) มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน มีคำถาม 12 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวและประสบการณ์การเป็น อสม.และการดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เป็นแบบประเมินการรับรู้ของ อสม. ถึงศักยภาพของตนเองว่า มีความเชื่อมั่นมากน้อยเพียงใดในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 18 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การสำรวจและทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย 2) การวางแผนและทำแผนการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย 3) การคัดกรองและคัดแยก 4) การบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล 5) การดำเนินการป้องกันเชิงรุก และ 6) การติดตามและสรุปข้อมูล ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 90 คะแนน หากคะแนนสูง แสดงว่า อสม. มีความพร้อมระดับมาก การแปลผลเพื่อการพรรณนามี 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50, 1.51-2.50, 2.51-3.50, 3.51-4.50, และ 4.51-5.00 หมายถึง มีความพร้อมในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งได้แก่

3.1 แบบสอบถามการให้ความหมายต่อตนเองและการคัดกรองและป้องกันสมองเสื่อม เป็นแบบประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. มีคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุมการให้ความหมาย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านตนเองฐานะ อสม. และ 2) ด้านการคัดกรองและป้องกันสมองเสื่อม ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน หากคะแนนสูง แสดงว่า อสม.ให้ความหมายทิศทางบวก การแปลผลเพื่อการพรรณนามี 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50, 1.51-2.50, 2.51-3.50, 3.51-4.50, และ 4.51-5.00 หมายถึง ให้ความหมายในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ

3.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรองและป้องกันสมองเสื่อม เป็นการประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. มีคำถาม 10 ข้อ (ทางบวก 5 ข้อ ทางลบ 5 ข้อ) ครอบคลุมทัศนคติ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภาวะสมองเสื่อม และ 2) ด้านการคัดกรองและป้องกันสมองเสื่อม ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน หากคะแนนสูง แสดงว่า อสม. มีทัศนคติที่ดีหรือทางบวก การแปลผลเพื่อการพรรณนามี 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50, 1.51-2.50, 2.51-3.50, 3.51-4.50, และ 4.51-5.00 หมายถึง มีทัศนคติทางดีหรือบวกในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ

3.3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาทการคัดกรองและป้องกันสมองเสื่อม เป็นการประเมินความเข้าใจของ อสม. มีคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุมความรู้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และ 2) ด้านการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือกที่ตรงกับความเข้าใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน หากคะแนนสูง แสดงว่า อสม.มีความรู้ดีหรือสูง การแปลผลเพื่อการพรรณนามี 3 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึงมีความรู้ระดับต่ำ ระหว่างร้อยละ 60-79 หมายถึงมีความรู้ปานกลาง และตั้งแต่ร้อยละ 80 หมายถึงมีความรู้สูง

3.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นการประเมินการรับรู้ของ อสม. ถึงความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมว่ามากน้อยเพียงใด มีคำถาม 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผล ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน หากคะแนนสูง หมายถึง อสม.รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนในระดับมาก การแปลผลเพื่อการพรรณนามี 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50, 1.51-2.50, 2.51-3.50, 3.51-4.50, และ 4.51-5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบ Content validity โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในชุมชน 2 ท่าน อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป[25] หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไป Try-out กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ซึ่งแบบสอบถามความพร้อม การให้ความหมายทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคมมาคำนวณ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97, 0.89, 0.82, 0.93 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.73 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ 0.70 ขึ้นไป[25]

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนาและทดสอบอำนาจการทำนายของตัวแปรใช้ Stepwise Multiple Regression Analysis กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์มี 192 ราย (ร้อยละ 88.5) เมื่อได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติ Multiple Regression

ผลการวิจัย

อสม. กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 26-59 ปี (M = 52.3, SD = 5.9) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (ร้อยละ 91.1) และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.7) มีสถานภาพสมรส/คู่มากที่สุด (ร้อยละ 62) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 33.90) และประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 37) โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 1-35 ปี (M = 9.81, SD = 7.05) ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 81.80) และไม่มีประสบการณ์การดูแลภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 81.30)

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 54.17, SD = 11.54, M_{adj} = 3.01) เมื่อเรียงลำดับจากมากน้อย พบว่า มีความพร้อมด้านการป้องกันเชิงรุกมากที่สุด (M = 15.78, SD = 3.32, M_{adj} = 3.16) รองลงมาคือ การติดตามและสรุปข้อมูล (M = 12.47, SD = 3.13, M_{adj} = 3.12) การวางแผนร่วมกันกับภาคีเครือข่าย (M = 6.02, SD = 1.89, M_{adj} = 3.01) การบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล (M = 5.96, SD = 1.74, M_{adj} = 2.98) การคัดกรองและคัดแยก (M = 5.71, SD = 1.61, M_{adj} = 2.85) และการสำรวจร่วมกับทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย (M = 8.23, SD = 2.34, M_{adj} = 2.74)

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (n = 192)

ตัวทำนาย	b	SE	β	t	p-value
การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท	0.794	0.175	0.320	4.527	.000
การสนับสนุนทางสังคม	0.282	0.097	0.200	2.895	.004
ภาวะสุขภาพ	1.313	0.456	0.181	2.880	.004
ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท	0.405	0.201	0.130	2.011	.046

Constant = -18.864, R^2 = .306, R_{2adj} = .292, F = 9.714 (p-value < .05)

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมี 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท (β = 0.320, p<.05) การสนับสนุนทางสังคม (β = 0.200, p<.05) ภาวะสุขภาพ (β = 0.1811, p<.05) และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท (β = 0.130, p<.05) โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 30.6 (R^2 = .306, $R^2_{adj.}$ = .292, F = 9.714, p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความพร้อมของ อสม.ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

อสม. มีความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจาก อสม.ซึ่งในฐานะนักจัดการสุขภาพในชุมชนที่ต้องดำเนินกิจกรรมเชิงรุกต่าง ๆ ในการคัดกรองและป้องกันโรคต่าง ๆ ในชุมชน ดังสะท้อนจากด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุกสูงที่สุด[27] ซึ่งแตกต่างการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.[15] ที่พบว่า อสม. มีความพร้อมในการดูแลภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจาก การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เป็นนโยบายใหม่ที่เพิ่งมีขึ้น อีกทั้ง อสม. ส่วนใหญ่ไม่เคยหรือไม่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมและไม่เคยหรือไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวและในชุมชน และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แต่ อสม.ก็ยังมีความพร้อมในการดำเนินงานในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่ยังมีโอกาสในการพัฒนาความพร้อมของ อสม.ในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวให้มีมากขึ้นได้

2. ปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

ปัจจัยการให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และทัศนคติสามารถร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้ร้อยละ 30.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าเมื่อ อสม. มีทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าวเป็นไปในทิศทางที่ดีจะส่งผลให้ความพร้อมของ อสม. มีมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน[23] ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนผ่านได้โดยมีเงื่อนไขด้านบุคคล (personal conditions) และเงื่อนไขด้านชุมชน (community conditions) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นเงื่อนไขที่เอื้อหรือส่งผลต่อการมีความพร้อมของ อสม. ที่จะก้าวผ่านไปกระทำบทบาทดังกล่าวตามนโยบายที่ปรับเปลี่ยนขององค์กร โดยสามารถอธิบายรายละเอียดแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

ปัจจัยด้านการให้ความหมาย พบว่าสามารถร่วมทำนายความพร้อมของ อสม.ได้ อาจเนื่องมาจากเมื่อ อสม. มีการให้ความหมายหรือมีความรู้สึกว่าตนเองและการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวนั้นมีคุณค่า จะส่งผลให้มีความเต็มใจในการปฏิบัติหน้าที่ เกิดความภาคภูมิใจและเกิดความสำเร็จของงาน จะเห็นได้จากการตอบแบบสอบถามการให้ความหมาย ซึ่ง อสม. มีการให้ความหมายอยู่ในระดับดีมาก ทำให้เกิดความเต็มใจในการปฏิบัติหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความหมายในมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแลสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรีได้[18]

เมื่อ อสม.มีการให้ความหมายที่ดีและร่วมกับได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี[23] ซึ่งพบว่าสามารถร่วมทำนายความพร้อมของ อสม.ได้ อาจเนื่องมาจาก อสม. รับรู้ได้ถึงการช่วยเหลือสนับสนุน เกิดการปฏิสัมพันธ์กันด้วยความมั่นคง ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินระหว่างการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้

ส่งผลให้ อสม.มีความพร้อมด้วยความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.[15] และการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่และการสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายสมรรถนะของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุ[19]

ปัจจัยการให้ความหมายและการสนับสนุนทางสังคม เมื่อมีร่วมกับมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ดีของ อสม. พบว่าสามารถร่วมทำนายความพร้อมของ อสม.ได้ อาจเนื่องมาจากเมื่อ อสม.รับรู้ได้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลและความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.[15] และการศึกษาที่พบว่าปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแลมีผลทำให้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลลดลง[18] ดังนั้น เมื่อ อสม.มีปัจจัยที่กล่าวมาร่วมกันแล้ว จะนำมาสู่การเสริมสร้างให้ อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวมากขึ้นอย่างตั้งใจ

การให้ความหมายที่ดี การรับรู้ถึงการได้รับสนับสนุนและการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความนึกคิดต่อบทบาทที่จะเริ่มกระทำ ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยและตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบทบาทนั้น จึงพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ จึงสามารถร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. อาจเนื่องมาจากเมื่อ อสม.มีทัศนคติที่ดี ทั้งต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นผู้ที่ความได้รับการช่วยเหลือ เพื่อการชะลอการดำเนินของโรค ส่งผลให้มีการตัดสินใจที่จะกระทำบทบาทนั้นด้วยความเต็มใจ ดังนั้น ทัศนคติที่ดีจึงมีความสำคัญต่อความพร้อมของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติของ อสม.มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.[15] การศึกษาที่พบว่า ทัศนคติต่อโรคจิตเวชสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่าย[20] และการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน[16]

สำหรับปัจจัยด้านความรู้นั้น พบว่าไม่สามารถทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของ อสม.ได้ ทั้งนี้จากผลการวิเคราะห์พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม โดยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวและชุมชนและไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น อาจยังไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยนี้นั้นส่งผลต่อความพร้อมของ อสม.ในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวอย่างไร อาจต้องประเมินหลังจากการให้ความรู้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้บริหาร พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีแผน/แนวทางการส่งเสริมความพร้อมของ อสม. ในทุกด้านก่อนปฏิบัติบทบาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสำรวจและทำทะเบียนที่มีคะแนนน้อยที่สุด

2. การพัฒนาโปรแกรมยกระดับความพร้อมของ อสม. ควรมุ่งเน้นการสร้างความหมายที่ดี และสร้างทัศนคติทางบวกต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและบทบาท การส่งเสริมการดูแลภาวะสุขภาพของ อสม. และให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทั้งจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคคลสำคัญ รวมไปถึงบุคคลในครอบครัว

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมยกระดับความพร้อมที่เน้นส่งเสริมการให้ความหมายที่ดีและเพิ่มทัศนคติทางบวก ร่วมกับพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและสนับสนุนทางสังคมแก่ อสม.

References

1. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. 2021.
2. United Nations. World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world: United Nations publication; 2023.
3. Department of Health. Guidelines for driving the action plan for promoting health of the elderly, Department of Health. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited; 2019. (in Thai)
4. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. Survey of the elderly population in Thailand 2021. Bangkok: Statistics Division. National Statistical Office; 2022. (in Thai)

5. Sutthilak, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, & Cheewakriengkrai L. Factors Predicting Health Status on Caregivers of Elderly People with Dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(1):191-200. (in Thai)
6. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. Ministry of Public Health inspection plan Fiscal year 2020. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Community Printing House of Thailand. Ministry of Public Health Limited; 2020. (in Thai)
7. Department of Medical Services. Handbook for managing comprehensive care for the elderly with dementia. For volunteer caregivers in the community: Sinthawee Printing Company Limited; 2020. (in Thai)
8. Borisut N. Study of the situation and direction of the development of village health volunteers in the era of Thailand 4.0. Nonthaburi 2020. (in Thai)
9. Suriyamanee S. Analysis of operational readiness of support staff. Case study of executive secretarial agency Bangkok 2018. (in Thai)
10. Thongaram U. The influence of care readiness. Burden of care and rewards from caring for the adjustment of relatives who care for stroke patients. Chonburi: Burapha University; 2019. (in Thai)
11. Chanpanit P, Wongmanee W, & Judabood N. Strengthening the Community: Role of Village Health Volunteer. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023;24(3):23-30. (in Thai)
12. Woldie M, Feyissa GT, Admasu B, Hassen K, Mitchell K, Mayhew S, et al. Community health volunteers could help improve access to and use of essential health services by communities in LMICs: an umbrella review. Health policy and planning 2018;33(10): 1128-43.
13. Kanchanapibulwong A & Saenchaisuriya P. Studying the readiness of screening services using blood pressure monitors that can automatically send information through an online system in the community by village health volunteers. Disease Control Journal 2021;47(2):278-88. (in Thai)
14. Udplong A, Apidejkul T, & Yimad F. Assessing the health system's potential in readiness to deal with the COVID-19 outbreak in border areas. Chiang Rai Province: Mae Fah Luang University; 2022. (in Thai)
15. Haekham N, Lawang W, & Rattanakreethakul S. Factors related to village health volunteers' readiness to care for people with dementia. Journal of Nursing and Education 2020;13(4): 1-17. (in Thai)
16. Piriyajaratchai N. Factors predicting caregiver readiness to care for dependent elderly during the transition from hospital to home: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
17. Lazarus G, Findyartini A, Putera AM, Gamalliel N, Nugraha D, Adli I, et al. Willingness to volunteer and readiness to practice of undergraduate medical students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Indonesia. Business Model Canvas Medical Education 2021;21(1):1-12.
18. Tasanathanachai A, Punnotok P, Lawang W, Suksawat S, & Sansern R. Factors predicting readiness to care for people with psychiatric illness among caregivers' relatives in Chonburi Province. Journal of the Faculty of Nursing, Burapha University 2020;28(2):106-21. (in Thai)

19. Suwannakut N, NakaruKamphonphat Su, Nathason A, & Lamduan W. Factors predicting competency in caring for the elderly of village health volunteers. In Ubon Ratchathani province. Journal of Science and Technology Ubon Ratchathani University 2021;23 (2): 18-26. (in Thai)
20. Lawang W, Punnotok P, Tasanathanachai A, Suksawat S, & Sansern R. Factors predicting readiness to care for people living with psychiatric diseases among community network partners in Chonburi Province. Journal of Health and Nursing Research 2021;37(1):321-7. (in Thai)
21. Public Health Support Division. Guidelines for public health operations in fiscal year 2021. Nonthaburi; 2021. (in Thai)
22. Chonburi Provincial Public Health Office. Summary of the results of operations according to the issues of inspection of the Ministry of Public Health. Fiscal year 2020: Chonburi Provincial Public Health Office; 2020. (in Thai)
23. Meleis AI. Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010.
24. 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.
25. Srisathitnarakun B. Nursing research methods. Bangkok: U&I Intermedia; 2010. (in Thai)
26. Department of Health. Guidelines for preventing the spread of coronavirus 2019, issue 12564. (in Thai)
27. Quality and service format development work group. Standard Operating Procedure Manual: SOP2017. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร

Factors Related to The Quality of Seamless Referral Services in Urban Areas Bangkok Metropolitan

สิรินรักษ์ ไชยสมบูรณ์* รักชนก คชไกร เวหา เกษมสุข
Sirinrak Chaisomboon* Rukchanok Koshakri Weha Kasemsuk
กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10310
Public Health Nursing Division, Department of Health, Bangkok Province, Thailand 10310

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational research) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมือง ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเยี่ยมบ้านศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแผนการจำหน่าย เครือข่ายด้านข้อมูล เครือข่ายด้านการประสานงาน และคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยแผนการจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .651$, $p < .001$) และปัจจัยเครือข่ายด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .518$, $p < .001$) และปัจจัยเครือข่ายด้านการประสานงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .514$, $p < .001$)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, คุณภาพระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ, ระบบส่งต่อ

Abstract

This research was a correlational research. The objective of this research was to study the factors related to the quality of seamless referral services in an urban area, Bangkok Metropolitan. Participants were Professional nurses working in the Home Visiting Unit, Public Health Service Center, Bureau of Health, Bangkok. Data were collected by questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics in terms of Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Corresponding Author: E-mail:

วันที่รับ (received) 4 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ก.ค. 2567

Pearson's analysis of correlation found that the discharge planning factor was positively correlated with the sample's seamless referral outcome. The discharge planning factor was statistically significant ($r = .651$, $p < .001$) and the information network factor was positively correlated with the seamless transmission outcome of the sample. The information network factor was statistically significant ($r = .518$, $p < .001$) and the coordination network factor was positively correlated with the seamless transmission outcome of the sample. The coordination network factor was statistically significant ($r = .514$, $p < .001$).

Keywords: The factors related to, The quality of seamless, The referral

บทนำ

ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพ[1] เพื่อรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตั้งแต่ก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อ และการส่งกลับ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ประชาชนพึงได้รับตามสิทธิต่าง ๆ[2] เป็นกระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือจากสถานบริการสุขภาพระดับเดียวกันหรือระดับที่สูงกว่าเนื่องจากความจำกัดของทรัพยากรในการจัดบริการสุขภาพ[3] ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพสามารถส่งต่อผู้รับบริการเพื่อให้เข้าถึงบริการที่เหมาะสม และสามารถส่งกลับผู้รับบริการเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง[3] เชื่อมโยงและบูรณาการสถานบริการเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary care)[4] เพื่อการดูแลที่ไร้รอยต่อ (Seamless care) ผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพจากทีมสหวิชาชีพ อย่างราบรื่น เพื่อให้เกิดการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ไร้รอยต่อและปลอดภัยในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ eHealth ของ WHO[3]

ระบบส่งต่อในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการดำเนินการในระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมสุขภาพในการบริหารจัดการ และสนับสนุนการดำเนินงานตามแนวคิด eHealth[3] เช่นเดียวกับสถานบริการสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพการบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพจัดระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล โดยพัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพสูงรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างครบวงจร เชื่อมประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์บริการสาธารณสุขของสถานบริการสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร[4] กระจายครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขตการปกครอง เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) โดยมีศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน กรุงเทพมหานคร (BMA Home Ward Referral Center) ของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ประสานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเกิดการให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร

ทั้งนี้พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครมีสถิติสูงขึ้นทุกปี จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐและเอกชน เพื่อรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากสถานบริการสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 10,655 คน และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากสถานบริการสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 56,691 คน ซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังต้องได้รับการดูแลที่บ้านต่อเนื่อง รวมทั้งส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร[5] นอกจากสถิติการส่งต่อที่สูงขึ้นยังพบปัญหาต่าง ๆ ในการส่งต่อ ได้แก่ ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีแหล่งที่พักกระจายทั่วพื้นที่กรุงเทพมหานคร ลักษณะที่พักแตกต่างกัน เป็นต้น[6]

อย่างไรก็ตาม การส่งต่อดังกล่าวเป็นการสื่อสารทางเดียวและไม่มีการรายงานผลการเยี่ยมย้อนกลับ มีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ใช้ระยะเวลานานกว่าข้อมูลจะมาถึงศูนย์บริการสาธารณสุข และบางครั้งเอกสารชำรุด เป็นผลให้ผู้ป่วยและผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลต่อเนื่องล่าช้า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย เริ่มพัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดโดยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลสำนักการแพทย์กับกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย โดยกำหนดระยะเวลาและเกณฑ์ในการเยี่ยม และพบว่าระบบการส่งต่อดังกล่าว

ทำได้เฉพาะกลุ่มมารดาและทารกหลังคลอดเท่านั้น นอกจากนี้ พบว่าใช้ระยะเวลาในการส่งต่อเป็นเวลานาน ไม่สามารถบันทึกข้อมูลการดูแลได้อย่างครอบคลุม กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย จึงได้พัฒนาศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านกรุงเทพมหานคร (BMA Home Ward Referral Center) ขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยครอบคลุม Home Health Care ทั้ง 6 กลุ่ม โดยส่งต่อข้อมูลคนไข้ผ่าน BMA Home Ward Referral Program เชื่อมการส่งต่อของสถานพยาบาลเครือข่ายในกรุงเทพมหานครกับศูนย์บริการสาธารณสุขครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการในระบบการส่งต่อ

ความสำเร็จของการส่งต่อ คือการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ในการศึกษาคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ จำเป็นต้องทำการศึกษาอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน[7] ซึ่งได้กล่าวว่า คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับการประยุกต์ใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยี เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและปราศจากความเสี่ยง โดนาบีเดียน ได้กล่าวว่า การบ่งชี้คุณภาพสามารถประเมินได้จากมาตรฐาน 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์ (Outcome) เป็นลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะมีผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการด้านจิตใจและสังคม ด้านโครงสร้าง (Structure) เป็นการกำหนดองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของระบบบริหาร และระบบบริการ รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ ด้านกระบวนการ (Process) เป็นการกำหนดองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับวิธีการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการความคาดหวัง กิจกรรมที่ให้การดูแลสุขภาพ

ปัจจัยด้านกระบวนการที่สัมพันธ์กับคุณภาพของระบบส่งต่อ ได้แก่ แผนการจำหน่าย การมีเครือข่ายด้านข้อมูลและเครือข่ายด้านการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ด้านความสัมพันธ์ในการวิจัยเรื่องแผนการจำหน่าย จากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือด: กรณีศึกษา พบว่าการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือด ทำให้ทีมพยาบาลได้รับข้อมูลสำคัญจากการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายหลายประเด็นและช่วยในการหยิบยกประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่ได้นำมาสื่อสารในทีมการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง[8] ส่วนวิจัยเรื่องการมีเครือข่ายด้านข้อมูลและเครือข่ายด้านการประสานงานนั้น ไม่มีการกล่าวถึงปัจจัยดังกล่าวโดยตรง แต่จะมีการศึกษาเรื่องความต่อเนื่องของข้อมูล และการประสานงาน อย่างไรก็ตาม ความต่อเนื่องดังกล่าวจำเป็นต้องมีเครือข่าย โดยมีแนวคิดการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย โดยระบบต้องมีเครือข่าย และต้องมีความต่อเนื่องในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity[9]

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านกระบวนการที่สัมพันธ์กับคุณภาพของระบบส่งต่อเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาล พยาบาลเป็นหัวใจสำคัญที่คอยเชื่อมการบริการดูแล กลุ่มเป้าหมายนี้เป็นกลุ่มสำคัญในระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ทำหน้าที่คอยเชื่อมประสานข้อมูลการส่งต่อ วิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นภารกิจหลักของพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการ (Process) ที่สัมพันธ์กับคุณภาพของระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อตามกรอบแนวคิดโดนาบีเดียน โดยศึกษาปัจจัยด้านแผนการจำหน่าย เครือข่ายด้านข้อมูล เครือข่ายด้านการประสานงาน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องในระบบส่งต่อในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary care) เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ประกอบกับบริบทของชุมชนเมืองที่มีความซับซ้อน ประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นและปัจจุบันมีนโยบายและกระบวนการในระบบส่งต่อเปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เพื่อให้สามารถวางแผนการดำเนินงานระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่ออย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อวางแผนการดำเนินงานและนโยบายสำหรับผู้บริหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแผนการจำหน่ายและคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของเครือข่ายด้าน

ข้อมูลและคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของเครือข่ายด้านการประสานงานและคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

สมมติฐานงานวิจัย

1. แผนการจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

2. เครือข่ายด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

3. เครือข่ายด้านการประสานงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน[7] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ โดยโดนาบีเดียน ได้กล่าวว่า คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับการประยุกต์ใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยี เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและปราศจากความเสี่ยง การบ่งชี้คุณภาพสามารถประเมินได้จากมาตรฐาน 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์ (Outcome) เป็นลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะมีผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการทั้งด้านจิตใจและสังคม ที่อาจเป็นปัจจัยนำของสภาวะสุขภาพ ตลอดจนผลกระทบที่มีไปถึงชุมชน หลังจากการให้บริการพยาบาลไปแล้ว โดยด้านโครงสร้าง (Structure) เป็นการกำหนดองค์ประกอบเกี่ยวกับคุณลักษณะของระบบบริหาร และระบบบริการ รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ คือ ขั้นตอนบริการที่จะใช้ให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และต้องคำนึงถึงประสิทธิผล คือ การประหยัดเวลา แรงงานและค่าใช้จ่าย ส่วนด้านกระบวนการ (Process) เป็นการกำหนดองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับวิธีการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ ความคาดหวัง และปัญหาของการส่งต่อ กิจกรรมที่ให้การดูแลสุขภาพ รวมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสอนแนะนำผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปเป็นกิจกรรมของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยและญาติ และด้านผลลัพธ์ (Outcome) เป็นการกำหนดองค์ประกอบที่สะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการ เป็นการวัดผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเป็นผลที่มาจากการดูแล ผลลัพธ์ในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้หรือความเชื่อต่าง ๆ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหรือญาติ ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและญาติ องค์ประกอบทั้ง 3 ด้านจะมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียว คือ จากโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยโครงสร้างจะมีผลต่อกระบวนการ และกระบวนการจะมีผลต่อผลลัพธ์[7]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study)

ประชากร

คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 69 แห่ง ซึ่งมีจำนวน 345 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเยี่ยมบ้านที่รับผิดชอบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 69 แห่ง รวมทั้งสิ้น 93 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

คือ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 จากตัวแปรที่ต้องการศึกษา 3 ตัวแปร คือ แผนการจำหน่าย (discharge planning) เครือข่ายด้านข้อมูล (informational network) และเครือข่ายด้านการประสานงาน (coordinated network) ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 และระดับความเชื่อมั่น (power of test) เท่ากับ .80 และได้กำหนดอำนาจอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง (Effect Size) ที่ 0.30 (ระดับ medium) เนื่องจากไม่มีงานวิจัย ที่ใกล้เคียง คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 93 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 69 แห่ง คลอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร 50 เขตการปกครอง โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล เวลา 09.00-16.00 น. โดยการตอบแบบสอบถามวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB – NS 2021/31.0507 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานแต่อย่างใด พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาความแตกต่างของข้อมูล ซึ่งมีการวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและการปฏิบัติงานหน่วยเยี่ยมบ้านศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2) สถิติวิเคราะห์ (Analysis Statistic)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแผนการจำหน่าย เครือข่ายด้านข้อมูล เครือข่ายด้านการประสานงาน และคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างสั้น ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือส่งต่อผู้ป่วย ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปฏิบัติงานในตำแหน่ง และประสบการณ์ ในการทำงาน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม คุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น 4 ส่วน

1) แบบสอบถาม แผนการจำหน่าย (discharge planning)

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยข้อคำถามในแต่ละข้อจะเป็นลักษณะการเลือกตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยระดับมีตั้งแต่ ไม่ได้ทำ ทำบางครั้ง ทำบ่อยครั้ง ทำทุกครั้ง คะแนนรวม 10-40 คะแนน หากตอบได้คะแนนยิ่งมาก หมายถึง แผนการจำหน่ายมีคุณภาพการส่งต่อที่ดี โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ค่าคะแนนดิบในการคำนวณ

2) แบบสอบถาม เครือข่ายด้านข้อมูล (informational network)

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับเครือข่ายด้านข้อมูล โดยข้อคำถามในแต่ละข้อจะเป็นลักษณะการเลือกตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยระดับมีตั้งแต่ ไม่ได้ทำ ทำบางครั้ง ทำบ่อยครั้ง ทำทุกครั้ง คะแนนรวม 10-40 คะแนน หากตอบได้คะแนนยิ่งมาก หมายถึง เครือข่ายด้านข้อมูลมีคุณภาพการส่งต่อที่ดี โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ค่าคะแนนดิบในการคำนวณ

3) แบบสอบถาม เครือข่ายด้านการประสานงาน (coordinated network)

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับเครือข่ายด้านการประสานงานโดยข้อคำถามในแต่ละข้อจะเป็นลักษณะการเลือกตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยระดับมีตั้งแต่ ไม่ได้ทำ ทำบางครั้ง ทำบ่อยครั้ง ทำทุกครั้ง คะแนนรวม 10-40 คะแนน หากตอบได้คะแนนยิ่งมาก หมายถึง เครือข่ายด้านการประสานงานมีคุณภาพการส่งต่อที่ดี โดยการวิเคราะห์

ข้อมูลจะใช้ค่าคะแนนดิบในการคำนวณ

4) แบบสอบถาม การส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยที่ไร้รอยต่อ โดยข้อคำถามในแต่ละข้อจะเป็นลักษณะการเลือกตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยระดับมีตั้งแต่ ไม่ได้ทำ ทำบางครั้ง ทำบ่อยครั้ง ทำทุกครั้ง คะแนนรวม 5-20 คะแนน หากตอบได้คะแนนยิ่งมาก หมายถึง คุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อที่ดี โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ค่าคะแนนดิบในการคำนวณ

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1) ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยที่สร้างเสร็จเรียบร้อยให้อาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมตรวจสอบ หลังจากนั้นนำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาภาษา และนำเครื่องมือวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสม ความชัดเจนของเนื้อหาและประเมินความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่า CVI (Content validity index) ของแบบสอบถามแผนการจำหน่าย (discharge planning) แบบสอบถาม เครือข่ายด้านข้อมูล (informational network) แบบสอบถามเครือข่ายด้านการประสานงาน (coordinated network) และแบบสอบถาม การส่งต่อที่ไร้รอยต่อ เท่ากัน CVI = 1.00 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุด และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำผลการทดสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) พบว่าค่า Conbrach's Alpha Coefficient = 0.975

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิง จำนวน 92 คน (ร้อยละ 98.9) อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 21 – 40 ปี จำนวน 44 คน อายุระหว่าง 41 – 60 ปี จำนวน 49 คน สถานภาพสมรสพบมากที่สุด คือ สถานภาพคู่ จำนวน 55 คน (ร้อยละ 59.1) ระดับการศึกษาพบมากที่สุด คือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 52 คน (ร้อยละ 55.9) ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขพบมากที่สุด คือ ปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขระยะเวลา 16 ปีขึ้นไป จำนวน 25 คน (ร้อยละ 26.9) การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบันพบมากที่สุด คือ ปฏิบัติงานเกี่ยวกับอนามัยชุมชน จำนวน 59 คน (ร้อยละ 63.4) ประสบการณ์ในการทำงานที่ผ่านมาพบมากที่สุด คือ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านอนามัยชุมชน จำนวน 56 คน (ร้อยละ 60.2) และระยะเวลาปฏิบัติงานพบมากที่สุด คือ ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-3 ปี จำนวน 25 คน (ร้อยละ 26.9) เท่ากับระยะเวลาปฏิบัติงาน 7-9 ปี จำนวน 25 คน (ร้อยละ 26.9)

ผลการทดสอบสมมุติฐาน

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยแผนการจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .651$, $p < .001$) และปัจจัยเครือข่ายด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .518$, $p < .001$) และปัจจัยเครือข่ายด้านการประสานงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .514$, $p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) ของตัวแปร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแผนการจำหน่าย เครือข่ายด้านข้อมูล เครือข่ายด้านการประสานงาน กับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร โดยรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเยี่ยมบ้านที่รับผิดชอบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 69 แห่ง จำนวน 93 คน พบว่า ปัจจัยแผนการจำหน่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .651$, $p < .001$) และปัจจัยเครือข่ายด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r = .518$, $p < .001$)

และปัจจัยเครือข่ายด้านการประสานงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .514, p < .001) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาตามสมติฐานการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านแผนการจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .651, p < .001) ซึ่งสนับสนุนกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของโดนาบีเดียน ที่กล่าวว่ากระบวนการมีความสำคัญกับคุณภาพของการบริการ ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายที่ดีจึงมีผลต่อการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องจากแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเองตามปัญหาและความต้องการการดูแลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย รวมถึงเตรียมผู้ดูแลและชุมชนให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือเพื่อดูแลผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพหนึ่งไปสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่นหรือสู่การดูแลตนเองที่บ้าน

การส่งต่อที่ไร้รอยต่อในประเด็นของการไร้รอยต่อในความต่อเนื่องของข้อมูล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือด พบว่าการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือด ทำให้ทีมพยาบาลได้รับข้อมูลสำคัญจากการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายหลายประเด็น และช่วยในการหยิบยกประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่ได้นำมาสื่อสารในทีมการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง[8]

ปัจจัยเครือข่ายด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .518, p < .001) ซึ่งสนับสนุนกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นถึงความสำคัญเครือข่ายด้านข้อมูลว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องจากเครือข่ายด้านข้อมูล มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) ซึ่งข้อมูลถือเป็นส่วนประกอบสำคัญในการทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการและระหว่างเหตุการณ์หนึ่งไปยังอีกเหตุการณ์หนึ่ง การสร้างเครือข่ายด้านข้อมูลจึงเป็นระบบที่ปิดช่องว่างของการขาดหายไปของข้อมูลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกรุงเทพมหานครได้พัฒนาโปรแกรม BMA Home Ward Referral เป็นศูนย์กลางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เป็นเครือข่ายบริการที่แบ่งปันความเห็นและข้อมูลระหว่างบุคคลหรือองค์กร เพื่อให้เกิดแหล่งข้อมูลระหว่างกันใช้ประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างสถานพยาบาลโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน หนึ่งในมาตรฐานนั้นคือความครบถ้วนของข้อมูลและเทคโนโลยีในการประสานงานและการมีส่วนร่วมของบุคลากร[10] และจากการศึกษาพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อได้แก่ ปัจจัยด้านคน แบบบันทึกข้อมูลส่งต่อ การบูรณาการและทำงานร่วมกัน ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity)[11]

ปัจจัยเครือข่ายด้านการประสานงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .514, p < .001) ซึ่งสนับสนุนกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เครือข่ายด้านการประสานงานของ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นกระบวนการของระบบให้บริการระหว่างบุคลากร และองค์กร ให้เกิดการบูรณาการกระบวนการทำงานเข้าด้วยกันการสร้างเครือข่ายบริการร่วมกันขึ้นมา เพื่อให้เกิดการปรับกลไกการให้บริการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการกลุ่มต่าง ๆ จึงทำให้เกิดการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ โดยกรุงเทพมหานครได้พัฒนาระบบส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน และจัดตั้งศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน กรุงเทพมหานคร (BMA Home Ward Referral Center) เพื่อประสานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เครือข่ายการส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน บูรณาการกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเข้าด้วยกัน เกิดการสร้างเครือข่ายบริการร่วมกัน มีการปรับกลไกการให้บริการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดคุณภาพของการส่งต่อผู้ป่วยที่ไร้รอยต่อ สอดคล้องกับการศึกษาการสร้างระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าการสร้างระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อนั้นประกอบด้วยการไร้รอยต่อของเจ้าหน้าที่ ข้อมูล ยาและเวชภัณฑ์ การเดินทาง แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อ[12] สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่าง

สถานพยาบาลโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน หนึ่งในมาตรฐานนั้นคือ ความครบถ้วนของข้อมูลและเทคโนโลยีในการประสานงาน และการมีส่วนร่วมของบุคลากร[10] และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินของระบบบริการสุขภาพ 5 เครือข่ายโซนเหนือ จังหวัดเชียงราย จากการพบปัญหาเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน พบว่าแนวทางที่เหมาะสม คือ มีคณะทำงานที่ชัดเจน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะทำงาน เพื่อหาจุดร่วมในการพัฒนาเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ[13]

สรุปผลวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า แผนการจำหน่าย เครือข่ายด้านข้อมูล เครือข่ายด้านการประสานงาน ส่งผลต่อคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อตรงตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ การบ่งชี้คุณภาพสามารถประเมินได้จากมาตรฐาน คือ กระบวนการ (Process) มีผลต่อผลลัพธ์ (Outcome) ทั้งนี้เนื่องจากแผนการจำหน่าย เครือข่ายด้านข้อมูล เครือข่ายด้านการประสานงาน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการบริการได้อยู่ในทุกขั้นตอนของการส่งต่อ คอยเชื่อมประสานในระบบส่งต่อ ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาล และทำให้เกิดผลลัพธ์คือคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ โดยกรุงเทพมหานคร ได้พัฒนาระบบส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านโดยมีแผนการจำหน่ายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล พัฒนาโปรแกรม BMA Home Ward Referral เป็นศูนย์กลางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เป็นเครือข่ายบริการที่แบ่งปันความเห็นและข้อมูลระหว่างบุคคลหรือองค์กร เพื่อให้เกิดแหล่งข้อมูลระหว่างกันใช้ประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้านและจัดตั้งศูนย์ส่งต่อเพื่อประสานการส่งต่อ ประสานงานบูรณาการกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเข้าด้วยกัน เกิดการสร้างเครือข่ายบริการร่วมกัน มีการปรับกลไกการให้บริการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดคุณภาพของการส่งต่อผู้ป่วยที่ไร้รอยต่อ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ควรสนับสนุน ส่งเสริมคุณภาพการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โดยนำตัวแปรทั้ง 3 ได้แก่ แผนการจำหน่าย เครือข่ายด้านข้อมูล เครือข่ายด้านการประสานงาน สนับสนุนในการเป็นเครือข่ายระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดคุณภาพของการส่งต่อที่ไร้รอยต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญอื่นที่นอกเหนือจากงานวิจัยชิ้นนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการส่งต่อผู้ป่วยที่ไร้รอยต่อ และศึกษาในรูปแบบของงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยการสร้างโปรแกรมพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยสอดคล้องต่อการเจ็บป่วยรายโรคต่อไป

References

1. Ministry of Public Health. Service plan B.E. 2018-2022. Nonthaburi: Bureau of Health Administration, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
2. Sahunphun P. The process of referral system between hospitals. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal. 2019; 4(1): 51-62. (in Thai)
3. World Health Organization. Referral systems-a summary of key processes to guide health services managers. Geneva: WHO; 2005.
4. Thangkratok P. Patient Referral Systems: key processes of health services management. J Med Health Sci, Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
5. Public Health Nursing Division. BMA Home Ward Referral Center. Bangkok: Public Health Nursing Division, Department of Health; 2020. (in Thai)
6. Public Health Nursing Division. BMA Home Ward Referral Center. Bangkok: Public Health Nursing Division, Department of Health; 2017. (in Thai)
7. Donabedian A. Evaluation the Quality of Medical Care. The Milbank Quaterly. 2005; 83(4): 691-729.

8. Prayooltem R, Vongwisanupong N, & Songwathana P. Improvement of Discharge Planning and Continuing Care for Vascular Surgery Patients: A Case Study. Journal of Thailand Nursing and midwifery Council. 2019; 34(2): 5-17. (in Thai)
9. Md Abu B, Sudip B, Shailesh T, Neha S & Amarjeet S. Strengthening primary health care through e referral system. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019; 8(4): 1511-3.
10. Nongnuch W, Thongkum W, & Eamratsameekool W. Development of Quality Referral Systemin Emergency Patients between Hospital of ChiangKhwan Hospital, Roi-EtProvince. Khon Kaen University Journal for Public Health Research. 2017; 10(2): 49-57. (in Thai)
11. Pugtarmnag S, Pranate N, Thitinniti Y, & Muangyim K. How to build a seamless referral system: A case study of The Chang Community hospital, Sing Buri, Thailand. Journal of Health Science Research. 2019; 13(1): 137-46. (in Thai)
12. Buranabenjasathian S. Development of a Risk Preventable Emergency Referral System of a 5-Health-Care Network, Chieng Rai Province. Journal of Health Science. 2017; 26(6): 1062-72. (in Thai)

การศึกษาความเป็นไปได้: การใช้การพยาบาลทางไกลเพื่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนชนบทและห่างไกล

A Feasibility Study: Using Tele Nursing to Improve Palliative Care Access for Rural and Remote Communities

จินตนา อาจสันเที๊ยะ*[1] รตา ศรีสะอาด[1] กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์[1] เบญจพร อุดม[2] พิชญากร กีรติเตชาวุฒิ[2]

Jintana Artsanthia*[1] Rata Srisaart[1] Kanjana Punyapet[1] Benjaporn Udom[2] Pitchayakorn Keeratitechawut[2]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพ ประเทศไทย 10120

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

[2]โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว ประเทศไทย 27000

[2]Prince Hospital, Sakaew, Thailand 27000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการพยาบาลทางไกลในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนชนบทและห่างไกล และเพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและการแก้ไขในการดำเนินการพยาบาลทางไกลโดยมีกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวนรวม 26 คนเพื่อทำกลุ่ม จำนวน 2 ครั้งๆ 13 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและจัดทำกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า มีความเป็นไปได้ของการพยาบาลทางไกลในชุมชนชนบทและห่างไกล เพื่อเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนชนบทและห่างไกลมีดังนี้ 1) มีโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี 2) มีโครงสร้างพื้นฐานด้านสถานพยาบาล 3) มีระบบสำรองข้อมูล 4) มีกฎระเบียบในการดำเนินงาน 5) มีทรัพยากรชุมชนและความร่วมมือ 6) มีความปลอดภัยของข้อมูล 7) มีต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่ไม่สูง นอกจากนี้มีสิ่งสนับสนุนภายในชุมชนได้แก่1) ระบบการดูแลในชุมชนแบบไร้รอยต่อ 2) มีแหล่งช่วยเหลือตามน้ำใจในชุมชน 3) มีใจรักบริการและรับผิดชอบ 4) อัตรากำลังที่มีคุณภาพ 5) มีการพัฒนาต่อยอดงาน 6) มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจึงมีความเป็นไปได้ในการจัดการพยาบาลทางไกลเพื่อการดูแลแบบประคับประคองในชนบทห่างไกล

คำสำคัญ: การพยาบาลทางไกล, การดูแลแบบประคับประคอง, ชุมชนชนบทและห่างไกล, การศึกษาความเป็นไปได้

Abstract

This research was a qualitative study aimed at assessing the feasibility of tele-nursing in providing palliative care access for rural and remote communities. It also aimed to explore the issues, barriers, and solutions in implementing tele-nursing. The sample group, selected through purposive sampling, included nurses, village health volunteers (VHVs), community health caregivers,patients,and families receiving palliative

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

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ร่วมกับกิจกรรมการจัดการความรู้การวิจัยและถ่ายทอดเพื่อการใช้ประโยชน์ประจำปีการศึกษา 2567 สำนักงานวิจัยแห่งชาติ

วันที่รับ (received) 22 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 ก.ค. 2567

care,totaling 26 people. The group was divided into two sessions, each with 13 participants. Data collection tools included in-depth interviews and group discussions, with data analyzed through content analysis.

The results indicated that tele-nursing is feasible in rural and remote communities. The feasibility of tele-nursing for accessing palliative care in these communities were as follows: 1) availability of technological infrastructure, 2) healthcare facility infrastructure, 3) data backup systems, 4) operational regulations, 5) community resources and cooperation, 6) data security, and 7) affordable costs. Additionally, supporting factors included 1) a seamless community care system, 2) community goodwill resources, 3) a passion for service and responsibility, 4) a quality workforce, 5) ongoing work development, and 6) information technology systems. Therefore, it is feasible to implement tele-nursing for palliative care management in rural and remote areas in the future.

Keywords: TeleNursing, Palliative care, Rural and Remote Communities, Feasibility study

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดหรือระยะท้าย ความต้องการของการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการว่าผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองจะเพิ่มขึ้นถึง 40 ล้านคนต่อปี ภายในปี 2030 แนวโน้มนี้เกิดจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง[1,2] ในหลายประเทศได้เริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองและได้มีการพัฒนานโยบายและบริการเพื่อรองรับความต้องการ เช่นประเทศไทยได้มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลแบบประคับประคองในจังหวัดใหญ่ และมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง แนวโน้มของการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนชนบทและห่างไกลจึงมีมากขึ้นและเป็นความท้าทายที่ต้องการแก้ไขอย่างเฉพาะเจาะจง เช่น การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีที่จะใช้ในการพยาบาลทางไกล อย่างไรก็ตามงานวิจัย[3] แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยีการพยาบาลทางไกลมาใช้เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการนั้นมีความสำคัญ การดูแลแบบประคับประคองมีผลอย่างมากต่อผู้ป่วย และครอบครัว ที่จะบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และให้การดูแลทางอารมณ์และจิตใจ นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระทางการเงินและการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น องค์กรที่ช่วยเหลือในการดูแลแบบประคับประคองมีหลายองค์กรทั้งในระดับสากลและระดับท้องถิ่นที่ให้การสนับสนุนและให้การช่วยเหลือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้การสนับสนุนด้านนโยบายและแนวทางปฏิบัติ องค์การการกุศลต่าง ๆ เช่น Hospice Foundation of America และ Macmillan Cancer Support ที่ให้บริการและทรัพยากรต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุขของแต่ละประเทศที่พัฒนาและจัดการบริการดูแลแบบประคับประคอง ในระบบสาธารณสุขของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นให้การสนับสนุนและจัดการบริการในพื้นที่ชุมชนตนเอง การสนับสนุนจากองค์กรเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้มากขึ้น[3,4]

การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนชนบทและห่างไกลมีความท้าทายเนื่องมาจากอุปสรรคทางภูมิศาสตร์และทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพที่จำกัด การศึกษาความเป็นไปได้นี้จึงเป็นการสำรวจศักยภาพของการพยาบาลทางไกลเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีโทรคมนาคม ด้วยแนวทางวิธีการเชิงคุณภาพ รวมถึงการสำรวจและการสัมภาษณ์ ปัจจัยสำคัญ เช่น โครงสร้างพื้นฐานทางเทคนิค การยอมรับของผู้ป่วย ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และการพิจารณาด้านกฎระเบียบ เพื่อระบุโอกาสและอุปสรรคในการดำเนินการเกี่ยวกับความเป็นไปได้และประโยชน์ที่เป็นไปได้ของการบูรณาการการพยาบาลทางไกลเข้ากับบริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนในชนบทและห่างไกล การดูแลผู้ป่วยที่เผชิญกับความเจ็บป่วยมีความจำกัดของชีวิตในพื้นที่ด้อยโอกาส มีความสำคัญและจำเป็นตามการดูแล

ระยะยาว (Long term care) ตอบโจทย์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงหรือการดูแลตามความรุนแรงของโรคตามกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องระยะยาว และกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (End of life care) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ไม่นาน[5,6] ซึ่งกลุ่มนี้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยความยากลำบาก เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลสุขภาพและมีความยุ่งยากในการเคลื่อนย้าย มีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง เข้าถึงบริการได้น้อยมาก การดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้บริการ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแล จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงวางแผนแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ ที่จะส่งต่อถึงระดับประเทศ ให้ชุมชนที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกภาคส่วนด้วยการมีระบบพยาบาลทางไกลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการให้บริการพยาบาลทางไกลในบริการดูแลแบบประคับประคองแก่ชุมชนในชนบทและห่างไกล

2) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและการแก้ไขในการดำเนินการพยาบาลทางไกลในบริการดูแลแบบประคับประคองแก่ชุมชนในชนบทและห่างไกล

คำถามการวิจัย

การพยาบาลทางไกลเพื่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนชนบทและห่างไกล มีความเป็นไปได้อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

วิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดหลักการของการพยาบาลประคับประคอง และกรอบการศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility study) ที่จะครอบคลุมในเรื่อง 1. การประเมินโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีในพื้นที่ชนบทและห่างไกล 2. โครงสร้างพื้นฐานด้านสถานพยาบาล 3. ระบบจ่ายไฟและระบบสำรอง 4. สภาพแวดล้อมด้านกฎระเบียบ 5. ทรัพยากรชุมชนและความร่วมมือ 6. ความปลอดภัยของข้อมูลและความเป็นส่วนตัวในการใช้งาน Tele Nursing 7. การพิจารณาต้นทุนและค่าใช้จ่าย การพยาบาลทางไกลในการดูแลแบบประคับประคอง

ตัวแปรต้นคือความเป็นไปได้ในการใช้พยาบาลทางไกล ตัวแปรตามคือ การพยาบาลทางไกล (Telenursing) เพื่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนชนบทและห่างไกล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย

การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในชุมชนห่างไกล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง: พยาบาล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน รวม 26 รายเพื่อทำกลุ่มจำนวน 2 ครั้งๆ 13 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก: ผู้เข้าร่วมทุกคนมีเวลาและมีเทคโนโลยีที่สนับสนุนในการดูแลสุขภาพทางไกล

เกณฑ์การคัดออก: ผู้เข้าร่วมไม่สามารถสื่อสารได้

วิธีการเก็บข้อมูล

1. หลังได้รับอนุมัติการเก็บข้อมูลจากจริยธรรมการวิจัย ติดต่อประสานงานนัดพบกลุ่มตัวอย่าง

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) จำนวน 26 คน การสัมภาษณ์จะดำเนินการในรูปแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีอิสระในการเล่าเรื่องและแสดงความคิดเห็นเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลในชุมชนชนบทและห่างไกล

2. นัดจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group Discussions) จำนวน 2 ครั้ง หัวข้อการสนทนา: การสนทนาจะครอบคลุมถึงความเป็นไปได้ในการใช้การพยาบาลทางไกล ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางการแก้ไขเพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าใจปัญหา อุปสรรค และโอกาสในการใช้พยาบาลทางไกล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์และการจัดกลุ่ม

สนทนาถูกวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อระบุหัวข้อหลัก ประเด็นสำคัญ และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล ขั้นตอนการวิเคราะห์ การถอดเทปเสียงจากการสัมภาษณ์และการสนทนา การตีความผลการวิเคราะห์ที่เป็นข้อมูลการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดการพยาบาลทางไกลในชุมชนชนบทและห่างไกล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง หมายเลขหนังสือรับรอง E.029 /2566 ให้ไว้ ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การลงนามให้ความยินยอมหรือบอกกล่าว การเผยแพร่ข้อมูล และมีมาตรการในการป้องกันหรือลดความเสี่ยง ความไม่สบายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโครงการและการดูแลรักษาความลับถ้าผู้ยินยอมรู้สึกอึดอัดหรือไม่สะดวกก็สามารถไม่ตอบ ก็บอกยกเลิก โดยไม่มีเงื่อนไข ข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บรวบรวมและจัดการข้อมูลโดยผู้วิจัยเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม 1. สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับ 2. สำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การให้การดูแลแบบประคับประคอง

แบบสัมภาษณ์เจาะลึกและประเด็นคำถามในการจัดทำกลุ่ม และ การทำกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง เครื่องมือวิจัยได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่า Content Validity Index .86

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สิ่งสนับสนุนของการดูแลแบบประคับประคองในชนบทและพื้นที่ห่างไกล

1) ระบบการดูแลในชุมชนที่ดี มีการดูแลแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชน

ในการจัดทำกลุ่ม (Focus group) พบว่า ในพื้นที่มีระบบที่มีการแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบในการดูแลอย่างชัดเจน จากโรงพยาบาลมีการส่งต่อสู่โรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล(รพ.สต.) ในพื้นที่ใกล้ที่ผู้ป่วยพักอาศัยอย่างเป็นระบบ โดยการสัมภาษณ์ กล่าวว่า “ ป้ารับผิดชอบพื้นที่ตั้งแต่บ้านคนนี้ถึงบ้านคนนี้ มีทั้งหมด 200 หลังคา ป้าก็จะดูว่ามีใครเจ็บป่วยแล้วออกไปเยี่ยม แล้วรายงานพยาบาลหากต้องการอะไรเพิ่ม”และ “ในชุมชนเราเข้าหากันง่าย เราดูแลกันแบบญาติพี่น้อง”

2) มีแหล่งช่วยเหลือตามน้ำใจในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ในชุมชนชนบท ที่ห่างไกล ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่พบกับปัญหา ความขาดแคลน การเข้าถึงบริการ แต่ในชุมชนมีระบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากระดับของผู้คนในหมู่บ้านกันเอง หากมีการเสียชีวิตและมีอุปกรณ์บางอย่างที่ใช้ได้ ก็จะส่งต่อให้ผู้ป่วยอื่นได้ใช้ และยังมีการช่วยเหลือจากโครงการต่างๆ ที่เข้ามาเช่นกองทุนผ้าอ้อมอนามัย ที่เรียกว่า กองทุน 1 pampers ที่มีงบประมาณให้ครอบครัวละ 6,000 บาทต่อปีในการใช้เป็นค่าซื้อผ้าอ้อมอนามัย หากไม่พอใช้ตลอดทั้งปี ก็ต้องจัดสรรหากันเอง อสม. ท่านหนึ่งกล่าวว่า “ที่หมู่ของหนูรับผิดชอบ ผู้ป่วยขาดแพสเพริสอยากได้เพิ่มไม่พอใช้ จะหาที่ไหนได้บ้างมาช่วย” หรือจากอีกท่านกล่าวว่า “มีบ้านป้า...เสียชีวิตพอดีเดี๋ยวป้าขอเอาไปให้”

3) พยาบาล และ อสม.มีใจรักบริการและรับผิดชอบ

จากการศึกษาพบว่าในการแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบในชุมชนของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม) มีการดูแลโดยทั่วไปจะเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย หรือตามความจำเป็นของผู้ป่วย และสามารถตามได้ทุกเมื่อเนื่องจากพักอาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน อสม. กล่าวว่า “มีบ้านผู้ป่วยอยู่ห่างไกลจากไป แต่อยู่ในความรับผิดชอบของป้า ก็จะปั่นจักรยานออกไปดู แล้วมารายงานให้พยาบาลทราบว่าเขาเป็นเช่นไร เพื่อให้เขาได้ดูแลต่อไป” นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลผู้ดูแลพื้นที่มีการออกแบบการดูแลให้เป็นมาตรฐานตามที่สามารถจะกระทำได้ในช่วงเวลานั้นๆ ดังเช่นพยาบาล ก กล่าวว่า “ ที่ผ่านมาช่วงโควิดระบาด ไปเยี่ยมผู้ป่วยไม่ได้ ก็ใช้การโทรศัพท์ ไลน์ ติดตาม จัดส่งยาให้ พอจะได้ให้การดูแลไปได้บ้างทำตามที่จะทำได้ในช่วงนั้นๆ”

4) อัตรากำลังที่พอจัดการดูแลที่มีคุณภาพได้

จากการศึกษาพบว่าในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจังหวัด จะมีการกระจายงานเช่นในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้รับผิดชอบในระดับโรงพยาบาลจะมีผู้ดำเนินการในระดับปฐมภูมิมีทีมงาน เป็นหน่วยและมีคลินิคหมอครอบครัวตำบลสระแก้ว มีแผนกการพยาบาลชุมชน ที่มีหัวหน้างานพยาบาลรับผิดชอบ และทีมงานที่รับผิดชอบงาน

อนามัยชุมชนในด้านต่างๆ เช่นพยาบาลก. กล่าวว่า “ตัวเองรับผิดชอบงานผู้ป่วยประคับประคองจะดูแลและออกเยี่ยมบ้านในทุกวันจันทร์”

5) มีการพัฒนาต่อยอดงานอยู่เสมอ

จากการศึกษาพบว่า การวางแผนการดูแลของหน่วยงานการพยาบาลชุมชนมีการพัฒนา Work flow ในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในหลายงานเช่นการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยStroke/IMC โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว Flow chart การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วย Palliative Care โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ที่มีขั้นตอนการทำงานที่ดีได้จากเอกสารการทำงานในพื้นที่

6) มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการปฏิบัติงานในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ในระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีชื่อว่า Sakaeo Crown Prince Hospital Web Applications เป็นระบบของ ระบบรายงานสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เรียกกันว่า Hosexp ซึ่งจังหวัดสระแก้วอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 ในระบบบันทึกนี้ มีหน่วยความจำที่ใหญ่เก็บได้จำนวนมาก ปัจจุบันใช้ระบบนี้ในการเรียกดูบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยซึ่งดูได้หลายอย่างทั้งที่อยู่ การรักษา ยาที่ได้รับ ดังเช่นไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ก็สามารถเข้าตรวจสอบข้อมูลการรักษา ยาที่ได้รับ เพื่อวางแผนให้การดูแลได้ต่อเนื่อง ซึ่งเอื้อต่อการให้การพยาบาลทางไกล

ส่วนที่ 2 ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขของชุมชนในการให้การพยาบาลทางไกล

1) ปัญหาสัญญาณอินเตอร์เนทไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ บางพื้นที่อับสัญญาณไม่สามารถติดต่อได้

จากการศึกษาพบว่า ในการให้การพยาบาลทางไกลมีปัญหากับบางพื้นที่ในชุมชน ชนบทและห่างไกลที่สัญญาณอินเตอร์เนทไม่ทั่วถึง ติดขัด สื่อสารไม่ชัดเจน ในจังหวัดสระแก้วมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต) จำนวน 21 แห่ง บางแห่งอยู่ห่างไกล ดังอสม กล่าวว่า “ บ้านที่ไปเยี่ยมอยู่ไกลมาก เวลาจะเยี่ยมต้องขับมอเตอร์ไซด์เข้าไป โทรศัพท์ก็มีต้องใช้มอเตอร์ไซด์อย่างเดียวเลย”

การแก้ไขของชุมชน ในพื้นที่ไม่มีสัญญาณใช้ผู้คนบอกโดยตรง มีการเดินทางไปหา ใช้มอเตอร์ไซด์ในการแจ้งข่าวสารช่วย

2) ปัญหาค่าใช้จ่ายในการจ่ายค่าบริการระบบสัญญาณอินเตอร์เนท

จากการศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของชุมชนในชนบทที่ห่างไกล มีบางบ้านพอช่วยเหลือครอบครัวได้ดี หลายบ้านมีปัญหาค่าใช้จ่าย การมีงานทำ ทำให้มีความจำกัดในการใช้จ่ายไม่สามารถจ่ายค่าระบบสัญญาณรายเดือนที่ใช้ได้อย่างต่อเนื่องจะใช้เป็นระบบเติมเงินตามความจำเป็นในการใช้งาน ดังญาติรายหนึ่งกล่าวว่า “ปัญหาผมอย่างหนึ่งคือไม่มีเงินจ่ายค่าอินเตอร์เนททุกเดือน หากจะติดต่อยายผมโดยใช้การโทรไลน์อะไรพวกนี้ ก็ไม่สะดวกครับ”

การแก้ไขของชุมชน ใช้การซื้อสัญญาณใช้เท่าที่จำเป็นและติดต่อจากผู้ใช้สัญญาณเต็มเป็นผู้รับเรื่องราวไว้ให้สื่อสารต่อไป

3) ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ Smart phone และความปลอดภัยในการใช้

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยยังคงใช้โทรศัพท์แบบดั้งเดิม ไม่เป็น Smart phone ส่งผลให้การติดต่อผ่านระบบออนไลน์เป็นไปได้ลำบาก บางท่านไม่มีโทรศัพท์และใช้ไม่เป็น อสส.กล่าวว่า “บางบ้านติดต่อยาก ไม่มีโทรศัพท์แบบใหม่ และใช้ไม่เป็น”และพบว่าการติดต่อโดยการใช้โทรศัพท์ไม่รับสายจากการกลัวไม่ปลอดภัยจากมิจฉาชีพ ดังผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ป้าไม่รับสายเพราะกลัวมิจฉาชีพ การติดต่อกันขอใช้เบอร์ประจำ”

การแก้ไขของชุมชน ใช้ลูกหลานในชุมชนช่วยแจ้งหรือติดต่อเป็นคนประสานให้ และใช้เบอร์โทรศัพท์เดิมในการติดต่อผู้ป่วย

4) ปัญหาจากการไม่เข้าร่วมเครือข่ายทางสังคมเช่นไลน์ Facebook

จากการศึกษาพบว่าในสังคมชนบท มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นบางกลุ่มก้อน บางบ้านไม่ใช้ บางคนไม่ใช้ แม้อยู่ในช่วงวัยรุ่น วัยทำงาน ที่เราพบในสังคมเมืองว่าคนเหล่านี้มีพฤติกรรมติดสื่อ โซเชียลมาก

การแก้ไขของชุมชน ของทีมสุขภาพ ได้ใช้ช่องทางต่างๆเช่นในภาวะเร่งด่วน ขับมอเตอร์ไซด์ไปพบ หรือใช้บุคคลรอบข้างช่วยติดต่อ

5) ปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์จำเป็นในการดูแลจากปัญหาเศรษฐกิจ

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาการขาดแคลนของใช้จำเป็นสำหรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ เช่นผ้าอ้อมสำเร็จรูป แม้ได้จากกองทุนปีละ 6,000 บาทก้ยังไม่เพียงพอ ในกรณีผู้ป่วยติดเตียงที่มีการใช้ที่มาก ตลอดทั้งปีจึงไม่เพียงพอ อสม. กล่าวว่า “ที่ดูแล

ผู้ป่วยมีปัญหาคือแพมเพริส ไม่พอใช้ อยากได้แพมเพริสมาใช้ ช่วยหางบมาสนับสนุนให้ด้วย ผู้ป่วยไม่มีเงินซื้อเนื่องจากมีรายได้จากเงินผู้สูงอายุเท่านั้น และอยากขออาหารแห้งมาไว้ให้ผู้ป่วยด้วย ลูกหลานก็ไม่มี”

การแก้ไขของชุมชน โดยปกติผู้ป่วยจะได้เข้าโครงการกองทุนแพมเพริส และหาการสนับสนุนเพิ่มจากชุมชนและการบริจาคของผู้ป่วยและญาติที่ไม่ได้ใช้จากการเสียชีวิต นำมาบริจาคต่อไป

6) ปัญหาขาดผู้ดูแลผู้ป่วยของครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีญาติแต่ไม่สามารถอยู่ดูแลได้ตลอดเวลา บางกลุ่มมีญาติที่สามารถดูแลได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ดังกรณีที่พบจากการศึกษา ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง พอช่วยเหลือตนเองได้แต่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง จากภาวะของโรค CA Esophagus กลืนอาหารและน้ำไม่ได้ ร่างกายซูบผอม บ่นเจ็บคอมากโดยเฉพาะเวลากลืน ซึ่งต้องการความช่วยเหลือภาวะขาดน้ำและสารอาหาร แต่ต้องรอญาติพาไปรักษา บางกลุ่มมีญาติอยู่ด้วยตลอดเวลาก็จะพอช่วยดูแล แต่ก็จะมีปัญหาทางเศรษฐกิจอยู่บ้างจากการที่ไม่ได้ทำงานคอยดูแลผู้ป่วย

การแก้ไขของชุมชน อสม. ประจำพื้นที่ช่วยดูแลประสานกับทีมพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบ

ส่วนที่ 3 การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้การพยาบาลทางไกลในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนชนบทและห่างไกล

1. การประเมินโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีในพื้นที่ชนบทและห่างไกล

การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต การศึกษาประเมินความพร้อมใช้งานและความน่าเชื่อถือของการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกลซึ่งพบว่าไม่เสถียรในบางพื้นที่ เช่น พื้นที่ใกล้ภูเขาหรือห่างไกลจากชุมชนกลาง ความครอบคลุมและคุณภาพของเครือข่ายมือถือ (เช่น 2G, 3G, 4G) ในพื้นที่เป้าหมายยังคงใช้งานได้ ดังนั้นการระบุพื้นที่ที่มีความแรงของสัญญาณต่ำหรือไม่มีความครอบคลุมจึงเป็นส่วนเล็กๆ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานโทรคมนาคมแบบโทรศัพท์พื้นฐานก็ไม่ซับซ้อน เนื่องจากใช้ระบบสื่อสารออนไลน์สาธารณะ เช่น แอปพลิเคชัน Line และ Facebook ประเภทการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่มีอยู่พบว่าส่วนใหญ่สามารถใช้ 3G และ 4G เพื่อเชื่อมต่อกับผู้คนได้ แต่บางครอบครัวยังประสบปัญหาในการชำระค่าบริการต่อเดือนจึงเลือกใช้แบบเติมเงินและยังมีข้อจำกัดในการใช้งานอินเทอร์เน็ตมีข้อจำกัดด้านความเร็วและแบนด์วิธ รวมถึงช่องว่างการครอบคลุม พบว่าความเร็วต่ำและไม่ราบรื่นในทุกการสนทนา

2. โครงสร้างพื้นฐานด้านสถานพยาบาล: Healthcare Facility Infrastructure

การศึกษานี้ประเมินความพร้อมของสถานพยาบาลในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล ประเมินทรัพยากรทางเทคโนโลยีที่มีอยู่ เช่น คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และอุปกรณ์โทรคมนาคม พบว่า มีระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เรียกว่า Web Applications ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เป็นระบบรายงานผลหน่วยบริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชื่อ Hosexp จังหวัดสระแก้ว อยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 ระบบบันทึกนี้สะดวกในการใช้งาน

สิ่งอำนวยความสะดวกมีโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อรองรับกิจกรรมการพยาบาลทางไกล ทีมพยาบาลสามารถทำกิจกรรมการพยาบาลทางไกลได้โดยใช้วิธีต่างๆ หากเกิดอะไรขึ้น เช่น สัญญาณต่ำ จะเปลี่ยนวิธีการติดต่อผู้ป่วยในชุมชนชนบทด้วยวิธีการพื้นฐานจากการใช้มอเตอร์ไซด์ขับไปพบแทน

การประเมินระดับความรู้ด้านเทคโนโลยีของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล การศึกษาพบว่าความรู้ด้านเทคโนโลยีมีหลายระดับ บ้างก็ใช้สื่อสารได้ดี บ้างก็ไม่สามารถใช้งานได้ เพราะขาดรายได้จากการซื้อใช้และไม่คุ้นเคย แต่ภาพรวมมีความเป็นไปได้

การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ (เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์) และการเข้าถึงประชากรเป้าหมาย พบว่าคนส่วนใหญ่และผู้ป่วยในชุมชนใช้โทรศัพท์หรือสมาร์ทโฟนในการสื่อสาร แต่ไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยทุกรายที่จะเป็นเจ้าของสมาร์ทโฟน บางส่วนสามารถแชร์สมาร์ทโฟนในการสื่อสารได้ และพิจารณาปัจจัยต่างๆ เช่น ความสามารถในการจ่ายได้ ความเป็นเจ้าของ และความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีนั้นมีความหลากหลาย

3. ระบบจ่ายไฟและระบบสำรอง การศึกษาพบว่าการประเมินความน่าเชื่อถือของการจ่ายไฟฟ้าในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกลยังคงมีอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัด ทางโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านระบบไอที เพื่อให้สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระบบของ

โรงพยาบาลจังหวัดและแบ่งปันข้อมูลสู่เครือข่ายในระดับชุมชน จึงมีความเป็นไปได้ในการใช้ระบบจ่ายไฟและระบบสำรอง

4. สภาพแวดล้อมด้านกฎระเบียบ พิจารณานโยบายกระทรวงสาธารณสุข ระบบบริการทางไกลเป็นสิ่งสำคัญ มีการริเริ่มออกแบบบริการสาธารณสุขระบบทางไกล(Tele-F/U) และกรอบการกำกับดูแลที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีโทรคมนาคมและการดูแลสุขภาพมีความชัดเชน มีการนำร่องศึกษา จึงมีความเป็นไปได้

5. ทรัพยากรชุมชนและความร่วมมือ การศึกษาพบว่าโรงพยาบาลจังหวัดมีความร่วมมือกับองค์กรชุมชนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาคเอกชนเพื่อปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีแต่ยังคงประสบปัญหาด้านกำลังคนในการรับผิดชอบหน้าที่นี้ ในชุมชนมีความคิดริเริ่มซึ่งมุ่งเป้าไปที่การปรับปรุงการเชื่อมต่อและการเข้าถึงเทคโนโลยีในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล มีการยอมรับระบบการพยาบาลทางไกลและทัศนคติในทางบวก และชอบใช้บริการถ้ามีประสิทธิภาพเนื่องจากประหยัดเวลา เงิน การเดินทางต่างๆ

6. ความปลอดภัยของข้อมูลและความเป็นส่วนตัวในการใช้งาน Tele Nursing จากการประเมินมาตรการรักษาความปลอดภัยที่ใช้เพื่อปกป้องข้อมูลผู้ป่วยและรับรองการปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านความเป็นส่วนตัวของข้อมูลมีความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อใช้แพลตฟอร์มการสื่อสารที่ปลอดภัยสำหรับการให้คำปรึกษาทางไกล

7. การพิจารณาต้นทุนและค่าใช้จ่าย ประมาณการค่าใช้จ่ายในการอัพเกรดหรือขยายโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล จากประกาศสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติมีการกำหนดอัตรา บริการทางไกลไว้ 50 บาท/ครั้ง ซึ่งจากการปฏิบัติงานในพื้นที่ควรมีโทรศัพท์กลางสำหรับการใช้เพื่อการบริการทางไกล จากการศึกษาพบว่าพยาบาล เจ้าหน้าที่อสม. มักใช้โทรศัพท์ตนเองในการให้บริการด้วยความทุ่มเท เมื่อพิจารณาความสามารถในการจ่ายค่าเทคโนโลยีสำหรับทั้งสถานพยาบาลและผู้ใช้ปลายทางแล้วหากมีการสนับสนุนต้นทุนในการบริหารจัดการระบบสัญญาณรายเดือนเฉพาะหมายเลขให้บริการก็จะทำให้ชัดเจน

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้การพยาบาลทางไกลพบว่า มีความเป็นไปได้แต่มีปัญหาอุปสรรคจากความไม่เสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ห่างไกลหรือภูเขา ทำให้การสื่อสารผ่านวิดีโอคอลหรือการส่งข้อมูลสุขภาพไม่สมบูรณ์ ความพร้อมของอุปกรณ์และเทคโนโลยี การขาดความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยี ส่งผลต่อคุณภาพของการพยาบาลทางไกล อภิปรายได้ว่าการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) มีศักยภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกลหรือที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่ก็มีความท้าทายที่สำคัญเกี่ยวกับการประเมินโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี โดยเฉพาะในด้านการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตในพื้นที่ใกล้ภูเขาหรือห่างไกลจากชุมชน ในบางพื้นที่ระบบสัญญาณเครือข่ายยังไม่ครอบคลุม การพัฒนาสิ่งเหล่านี้อาจต้องใช้งบประมาณสูงและเวลานาน และการพิจารณาต้นทุนและค่าใช้จ่ายเป็นสิ่งสำคัญในการรับรองความยั่งยืนของโครงการริเริ่มด้านสุขภาพทางไกลในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล สอดคล้องกับการศึกษา[5,6] พบว่าอุปสรรคทางสังคมวัฒนธรรมและโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อบริการด้านสุขภาพทางไกล และพบว่ามีประโยชน์ที่เป็นไปได้ของการให้บริการสุขภาพทางไกลนอกจากนี้ จากการศึกษาความเป็นไปได้ด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพพบว่าการประเมินทรัพยากรทางเทคโนโลยีที่มีอยู่ในสถานพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการบูรณาการบริการสุขภาพทางไกล การศึกษากล่าวถึงการใช้ระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึ่งถือเป็นแง่บวก อย่างไรก็ตามการรับรองว่าสถานพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นและความรู้ทางเทคโนโลยีในหมู่ผู้ให้บริการด้านการแพทย์ถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับความสำเร็จของโครงการริเริ่มด้านสุขภาพทางไกล[7] ความเป็นไปได้ด้านทรัพยากรชุมชนและความร่วมมือพบว่าความร่วมมือกับองค์กรชุมชนท้องถิ่นและหน่วยงานภาคเอกชนสามารถช่วยปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีและเอาชนะความท้าทายด้านกำลังคน การมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการได้รับข้อมูลเชิงลึกและมุมมองเกี่ยวกับภูมิทัศน์โครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีและส่งเสริมการยอมรับและทัศนคติต่อบริการสุขภาพทางไกล และพบว่ากลุ่มคนรุ่นใหม่ที่มีแนวโน้มในการใช้เทคโนโลยีได้ดีมีส่วนร่วมในการเป็นตัวกลางในการเชื่อมต่อระบบการพยาบาลทางไกลไปยังผู้ป่วยได้ดี สอดคล้องกับการศึกษา[3,8,10] พบว่าผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเยาวชนหันมาใช้เครื่องมือด้านสุขภาพทางไกล เช่น การสนทนาทางวิดีโอและวิธีการดูแลสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้สามารถให้การ

สนับสนุนและรักษา ในผู้ดูแล และครอบครัวต่อไปได้

จากผลการศึกษาด้านความปลอดภัยของข้อมูลและความเป็นส่วนตัวพบว่าการรับรองความปลอดภัยของข้อมูลและความเป็นส่วนตัวนั้นใช้ระบบพื้นฐานที่มีในสังคม อภิปรายได้ว่า ความพร้อมของสถานพยาบาลในการใช้แพลตฟอร์มการสื่อสารที่ปลอดภัยถือเป็นสิ่งสำคัญในการปกป้องข้อมูลผู้ป่วย และการปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านความเป็นส่วนตัวของข้อมูลที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษา[11] พบว่าความคิดเห็นจากทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ความคิดเห็นดังกล่าวรวมถึงข้อมูลเชิงลึกด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งช่วยปรับปรุงการประเมินความเสี่ยงและการตั้งค่าพารามิเตอร์ส่วนบุคคลดังนั้นแนวโน้มการดูแลในศตวรรษที่ 21 ต้องมีความเข้าใจสภาพสิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความเป็นจริง เตรียมความพร้อมของทีมผู้ดูแลตั้งแต่ในสถาบัน เพื่อปลูกฝังความเข้าใจMindset ต่าง ๆ[12] ที่มีความก้าวหน้าโดดเด่นเป็นการดูแลสุขภาพยุคไทยแลนด์ 4.0 ใช้การดูแลด้วยการสร้างสรรค์ประโยชน์ต่าง ๆ การคิดบวก มีจิตกุศล การทำจิตใจให้สะอาด งดเว้นจากอกุศลกรรมเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปการศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้การพยาบาลทางไกลในพื้นที่ชนบทและห่างไกล เป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายที่มีความต้องการดูแลทางด้านจิตใจจิตวิญญาณมากกว่าทางกาย การพยาบาลทางไกลจะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในทุกที่ได้เข้าถึงบริการทางสุขภาพได้เป็นอย่างดี โดยรวมแล้ว การจัดการประเด็นต่างๆ ในปัญหา อุปสรรคที่พบให้ครอบคลุมมีความเป็นไปได้ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินการตามโครงการริเริ่มด้านสุขภาพทางไกลให้ประสบความสำเร็จ เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนในชนบทและห่างไกลในประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตและสัญญาณไม่คงที่นั้น เสนอควรมีการดำเนินโครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่กำหนดเป้าหมายเพื่อจัดการกับความท้าทายในการเชื่อมต่อในพื้นที่ที่มีแนวโน้มที่จะส่งสัญญาณการหยุดชะงัก เช่น พื้นที่ภูเขาหรือชุมชนห่างไกลที่ห่างไกลจากศูนย์กลาง มีการใช้เทคโนโลยีทางเลือก เช่น ดาวเทียมหรือเครือข่ายไร้สายที่มีความเสถียรสูงด้วยโครงการความร่วมมือกับบริษัทโทรคมนาคมเพื่อขยายความครอบคลุมเครือข่ายและปรับปรุงความแรงของสัญญาณการให้ความรู้และฝึกอบรมผู้คนในพื้นที่ห่างไกลเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการรับบริการสุขภาพ

2. จากผลการวิจัยที่พบว่าหลายครอบครัวมีปัญหาทางการเงิน เสนอควรจัดตั้งหรือให้ความช่วยเหลือทางการเงินหรือเงินอุดหนุนแก่ครอบครัวที่ประสบปัญหาในการชำระค่าบริการอินเทอร์เน็ต หรือมีการให้บริการอินเทอร์เน็ตฟรีหรือราคาถูกสำหรับผู้ที่ต้องการใช้บริการพยาบาลทางไกล

3. จากผลการวิจัยที่พบว่าการใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟนยังไม่ครอบคลุมกลุ่มคน เสนอควรสร้างโครงการริเริ่มตามชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงสมาร์ทโฟนและคอมพิวเตอร์ โดยอาจผ่านการบริจาคหรือมีโครงการอุดหนุน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยที่พบว่า มีปัญหา อุปสรรคในพื้นที่ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกและผู้ใช้งานที่ขาดทักษะ เสนอแนะควรศึกษาวิจัยเชิงลึกและเชิงนโยบาย เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนและสิ่งอำนวยความสะดวกในการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีที่มุ่งเป้าไปที่การปรับปรุงการเชื่อมต่อและการเข้าถึงเทคโนโลยีในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล และใช้ประโยชน์จากแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในอนาคต สร้างงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมในในการพัฒนาและเตรียมชุมชนในการเข้าสู่สังคมดิจิทัลเพื่อลดความเหลื่อมล้ำต่อไป

References

1. Artsanthia J, Srisa-art R, Sumet S. Palliative nursing care for Coronavirus Infection 2019. Journal of Public Health Nursing. 2021; 35(1): 141-56. (in Thai).
2. Artsanthia J, Sumet S, & Daodee S. Palliative Care Needs Among People Living with Chronic Illness in Community: a Thai Cultural Religion Perspective.Journal of Health and Health Management.2020;6 (1):10-8. (in Thai).
3. Eeles J, Ellison S, Jones C, & Huntington C. Early experiences of telehealth monitoring for patients with COPD and implementation of person-centered care plans. British Journal of Community Nursing.2023;28(4): 172–8.

4. Artsanthia J & Chaleykitti S.Transcultural nursing in ASEAN Community. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2016; 17 (1): 10-6. (in Thai).
5. Artsanthia A, Pitplearn N, Prachyakoon N. Direction of Health care in pandemic of Coronavirus 2019 in New Normal of Community Nurses. Journal of the Royal Thai Army Nurses.2022; 23(1):57-64. (in Thai).
6. Weith J, Fondacaro K, & Khin P P. Practitioners' Perspectives on Barriers and Benefits of Telemental Health Services: The Unique Impact of COVID-19 on Resettled U.S. Refugees and Asylees. Community Mental Health Journal.2023; 59(4): 609–21.
7. Ramos G, Berlin A, & Heller F E. Out of Focus: Limitations of Telehealth and Opportunities for Preoperative Palliative Care (TH106D). Journal of Pain & Symptom Management.2023; 65(5): e516–7.
8. Bezak K B, Wisniewski M. K, Adler P, Arnold R. M, Weinberg R, Yobbi D, Mensah C T, & Hall D E. Aligning Goals of Care via Telehealth Increases Goal-Concordant Care for Critically Ill Patients in the Emergency Department: The Tele-Goals of Care (TeleGOC) Pilot (Sch408). Journal of Pain & Symptom Management.2023; 65(5): e582–3.
9. Van Rooij F B, Weeland J, & Thonies C. Youth care in time of COVID-19: Experiences of professionals and adolescent clients with telehealth. Children & Youth Services Review.2023; 148, N.PAG.
10. North S. Expanding Telehealth in Adolescent Care: Moving Beyond the COVID-19 Pandemic. Pediatrics.2023; 151: S1–4.
11. Tiribelli S, Monnot A, Shah SFH, Arora A, Toong PJ, & Kong S. Ethics Principles for Artificial Intelligence–Based Telemedicine for Public Health. American Journal of Public Health.2023; 113(5): 577–84.
12. Moore J, Jairath N, Montejo L, O'Brien S, & Want D. Using a Telehealth Simulation to Prepare Nursing Students for Interprofessional Collaboration. Clinical Simulation in Nursing. 2023; 78: 1–6.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรี

Factor Influencing to Quality of Life among Elderly Living in Community at Nonthaburi Province

นิชดา สารถวัลย์แพศย์[1] ปทุมทิพย์ อดุลวัฒนศิริ*[2] ศิริอร สินธุ[3]

Nichada Santwanpas[1] Patoomthip Adunwatanasiri*[2] Siriorn Sindhu[3]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10520

[1]Instructor, Faculty of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Bangkok Thailand 10520

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

[2]Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan Thailand 10540

[3]สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

[3]The Nurses' Association of Thailand, Bangkok Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 116 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) ภาวะเปราะบาง 4) คุณภาพชีวิต ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 4 เท่ากับ 0.84 และ 0.98 แบบสอบถามภาวะเปราะบาง หาค่า KR-20 เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.34 (mean ± SD = 40.16 ± 10.46) ความเพียงพอของรายได้ ($\beta = 0.49$, $p = 0.000$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\beta = 0.19$, $p = 0.003$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.17$, $p = 0.042$) และจำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี ($\beta = 0.16$, $p = 0.028$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 57.6 ($R^2 = 0.576$) ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายควรส่งเสริมสังคมสูงวัยเชิงรุกและการสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอต่อการดูแลจัดการปัญหาสุขภาพ ลดภาวะพึ่งพิง การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aimed to analyze the factors that influenced of quality of life among elderly who lived in the community of Nonthaburi province. Participants were 116 elderly aged 60 and above. The data collection instrument was a questionnaire composed of 4 parts: 1) Demographic data and access to healthcare services, 2) Health literacy (HLS-EU-Q16), 3) Frailty (the Tilburg Frailty Indicator), and 4) Quality of life (WHOQOL-AGE). The reliability coefficients of parts 2 and 4 were 0.84 and 0.98 respectively, and the Tilburg

Corresponding author. *E-mail: patoomthip.adu@gmail.com

วันที่รับ (received) 9 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 ส.ค. 2567

Frailty Indicator questionnaire finds KR-20 equal to 0.95. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used in data analysis with a statistical significance at the level of .05

The research findings revealed that the elderly had a moderate quality of life at 60.34% (mean ± SD = 40.16 ± 10.46). Income sufficiency (ß = 0.49, p = 0.000), activities of daily living (Barthel index) (ß = 0.19, p = 0.003), high health literacy score (ß = 0.17, p = 0.042), and the number of nurse home visits per year (ß = 0.16, p = 0.028) could be explained the quality of life 57.6% of the variance (R^2 = 0.576). Therefore, policymakers should promote an active aging society in communities and create sufficient income opportunities for the elderly to adequately manage health problems, reduce dependency, and nurse home visits are crucial in promoting a good quality of life for the elderly.

Keywords : Quality of life, elderly

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจในชุมชนเพิ่มขึ้น รายงานสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ปี พ.ศ. 2566 พบสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 20.66 และ ในปี พ.ศ. 2576 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในด้านงบประมาณการสาธารณสุข เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต[1] สอดคล้องกับข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.60 ของประชากรทั้งหมด[2] ผลการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีจนถึงไม่ดีมากที่สุดร้อยละ 15 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด[1] ต้องการผู้ดูแลอยู่ในระดับมากด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมอาหาร การจัดการโรคเรื้อรัง และขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลางและเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตไม่ดี[3]

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้และเป็นความพึงพอใจ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล สามารถประเมินภาวะสุขภาพดี ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม[4] การสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 2,000 คนจาก 13 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1[5] สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 98.50[6] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า เพศชายคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง อายุมากขึ้นคุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ความไม่เพียงพอของรายได้หรือต้องพึ่งพารายได้จากผู้อื่น ทำให้ขาดอิสรภาพทางการเงิน ขาดความสนใจในการรักษาสุขภาพ เมื่อมีปัญหาสุขภาพไม่ไปพบแพทย์ทันทีแต่รอจนอาการแย่ลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ[7] การมีกิจกรรมทางกายลดลง มีภาวะพึ่งพิงบางส่วนหรือทั้งหมด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกยุ่งยากเมื่อต้องมีกิจกรรมทางสังคมทำให้ไม่ไปร่วมกิจกรรมที่เคยชอบ สัมพันธภาพทางสังคมในวัยเดียวกันลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ[8] การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านของบุคลากรทางสุขภาพและจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านเพื่อการจัดการโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพช่วยลดการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินอย่างเฉียบพลัน ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจัดหาทรัพยากรด้านสุขภาพที่จำเป็นทันท่วงทีช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต[9] นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางจากผลกระทบของโรคเรื้อรังและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ[10]

ปัจจัยที่กล่าวมาในข้างต้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมามีความแตกต่างด้านบริบท สภาพสังคม และสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงเวลา ปัจจัยดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต จังหวัดนนทบุรี มีการขยายของเมืองและมีเศรษฐกิจเติบโตอย่างรวดเร็ว ด้วยสภาพสังคมเมืองที่มีลักษณะแบบแผนและวิถีชีวิตอย่างเป็นพลวัตร มีความหลากหลายทางด้านสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพ ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเป็นอย่างมากเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้และดำเนินชีวิตอย่างผาสุก ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุจำนวน 260,948 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.14 ถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดแล้ว

ที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาปัจจัยในระดับบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี เพื่อช่วยให้เกิดการวางแผนและข้อเสนอแนะการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

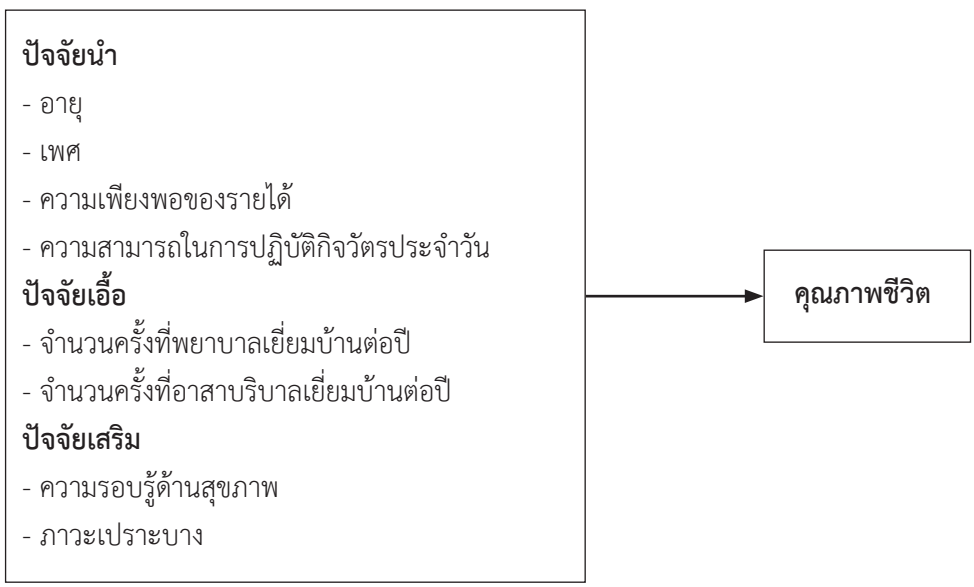
เพื่อศึกษาปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านอายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี จำนวนครั้งที่อาสาบริบาลเยี่ยมบ้านต่อปี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะเปราะบาง และอิทธิพลของปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรีได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยนำ PRECEDE-PROCEED model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์และประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต การศึกษานี้มุ่งประเมินระยะที่ 3 คือ การประเมินทางการศึกษาและทางนิเวศวิทยา เนื่องจากช่วยให้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนและพัฒนาเป็นกลยุทธ์หรือโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี จำนวนครั้งที่อาสาบริบาลเยี่ยมบ้านต่อปี และปัจจัยเสริม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะเปราะบาง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive studies)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเลือกสถิติกลุ่มทดสอบ F-tests ประเภทการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบแบบ Multiple Regression: Fixed

model, R2 deviation from zero กำหนด Effect Size เท่ากับ 0.15 (เป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวทำนายทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 109 คน เพื่อป้องกันกรณีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยทำการสุ่มอย่างง่ายมา 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล จังหวัดนนทบุรีมี 6 อำเภอ สุ่มอย่างง่ายได้อำเภอบางบัวทองและอำเภอเมืองนนทบุรี ทำการสุ่มอำเภอละ 2 ตำบล ได้ตำบลบางคูรัด ตำบลลำโพ ตำบลบางรักน้อย และตำบลบางเขน ทำการสุ่มแบบง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 30 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะ cognitive impairment (Mini-Cog ≤ 3 คะแนน) 2) เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือจิตเภท 3) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน 4) อยู่ในระยะประคับประคอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 26/2564 ซึ่งรับรองวันที่ 6 สิงหาคม 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ EC-64-72 ซึ่งรับรองวันที่ 26 สิงหาคม 2564 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยและสามารถยุติการให้ข้อมูลโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูกทำลายทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 5 ปี

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพ สร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพ ประวัติโรคประจำตัว จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี และจำนวนครั้งที่อาสาบริบาลเยี่ยมบ้านต่อปี

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL index) จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ ระดับ 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด, ระดับ 5-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน และระดับ 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีภาวะพึ่งพิง ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS-EU-Q16 short version)[11] จำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของลิเคิร์ท (Likert scale) ใช้เกณฑ์ 4 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ยากมาก, 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างยาก, 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างง่าย และ 4 คะแนน หมายถึง ง่ายมาก นำคะแนนมาแปลงเป็น 2 กลุ่ม (dichotomous) โดยยากมากถึงค่อนข้างยาก เท่ากับ 0, ค่อนข้างง่ายถึงง่ายมากเท่ากับ 1 คะแนนที่เป็นไปได้ 0-16 คะแนน โดย 0-8 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ, 9-12 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา และ 13-16 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอระดับดี[12]

ส่วนที่ 4 ภาวะเปราะบาง (Tilburg Frailty Indicator: TFI)[13] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกายจำนวน 8 ข้อ, ด้านจิตใจจำนวน 4 ข้อ และด้านสังคมจำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้ 0-15 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางมาก การแปลคะแนน ดังนี้ คะแนน < 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเปราะบาง และคะแนน ≥ 5 คะแนน หมายถึง มีภาวะเปราะบาง

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต (WHOQOL-AGE)[14] จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของลิเคิร์ท (Likert scale) ใช้เกณฑ์ 5 ระดับ ประกอบด้วย ข้อ 1 (คะแนน 1 หมายถึง แย่มากที่สุด ถึงคะแนน 5 หมายถึง ดีมาก), ข้อ 2-8 และข้อ 13 (คะแนน 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก ถึง คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด), ข้อ 9-12 (คะแนน 1 หมายถึง น้อยมาก ถึง คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้ 13-65 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง คุณภาพชีวิตดี การแปลคะแนน แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 13-30 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ, คะแนน 31-48 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 49-65 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี[15]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามส่วนที่ 3-5 ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ[16] แปลต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จำนวน 2 ฉบับ โดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาที่มีความรู้ความเข้าใจทางคลินิก 1 ท่านและไม่มีความรู้ทางคลินิก 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยพิจารณาความเหมาะสมของโครงสร้างประโยค วลี คำขยายที่ถูกต้องและความสอดคล้องกับภาษาวัฒนธรรม จึงแปลย้อนกลับจากฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษจำนวน 2 ฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา นำมาพิจารณาเปรียบเทียบความเหมือนและความเข้าใจด้านภาษาอีกครั้งก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ 2 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1, 0.90, 0.95 ตามลำดับ แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 5 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) เท่ากับ 0.84 และ 0.98 แบบสอบถามส่วนที่ 4 หาค่า KR-20 เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่บ้าน เมื่อได้รายชื่อ ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประสานติดต่อพยาบาลในพื้นที่เพื่อขออนุญาตเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กรณีผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดหรือไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ผู้ช่วยนักวิจัยตำบลละ 1 ท่าน ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้แบบสอบถาม เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อเลือกตัวแปรอิสระที่มีความสำคัญที่สุดในการทำนายตัวแปรตามในแบบจำลองการถดถอยเชิงพหุคูณ โดยผ่านการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนด้วยแผนภูมิกระจาย (scatter plot) มีการกระจายอยู่เหนือและใต้เส้นศูนย์ ความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนพิจารณาจากค่า durbin-watson เท่ากับ 1.983 ไม่พบปัญหา multicollinearity พิจารณาจากค่า Collinearity: Tolerance อยู่ระหว่าง 0.532-0.773 และ VIF อยู่ระหว่าง 1.293-1.878

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุจำนวน 120 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 116 คน เนื่องจากแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 4 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.67 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งเพียงพอกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.8 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 74.74 ปี (S.D. = 9.97) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 56.9 รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 23.28 ส่วนใหญ่สถานภาพโสดร้อยละ 53.4 มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 52 รายได้เฉลี่ย 3,782.76 บาทต่อเดือน (S.D. = 5,506.55) ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปวดหลังปวดเอว เคลื่อนไหวลำบาก ปวดเข่า นอนไม่หลับ และอ่อนเพลียคิดเป็นร้อยละ 54.3, 51.7, 46.6, 37.1 และ 25.9 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับสามโรคขึ้นไปร้อยละ 43.10 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 76.7, 56.9, และ 43.1 ตามลำดับ พยาบาลเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 7.71 ครั้งต่อปี (S.D. = 5.60) อาสาบริบาลเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 11.79 ครั้งต่อปี (S.D. = 13.43) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงบางส่วน คะแนน ADL เฉลี่ย 10.20 คะแนน (S.D. = 4.61) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 9.18 คะแนน (S.D. = 5.66) มีภาวะเปราะบางร้อยละ 86.2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 116)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (13-30 คะแนน)	18	15.52
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (31-48 คะแนน)	70	60.34
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (49-65 คะแนน)	28	24.14
(Mean = 40.16, SD = 10.46)		

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.34 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 24.14 มีเพียงร้อยละ 15.52 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตรายข้อ (n = 116)

ข้อคำถาม	M	S.D.	การแปลผล
1. คุณจะจัดให้ระดับคุณภาพชีวิตของคุณอยู่ในระดับใด	2.97	0.93	ปานกลาง
2. คุณพึงพอใจต่อการได้ยิน การมองเห็น และการรับความรู้สึกแค่ไหน	3.16	0.84	ปานกลาง
3. คุณพึงพอใจกับสุขภาพของคุณแค่ไหน	2.97	0.90	ปานกลาง
4. คุณพึงพอใจกับตัวของคุณเองแค่ไหน	3.03	0.97	ปานกลาง
5. คุณพึงพอใจกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคุณมากน้อยแค่ไหน	2.97	0.97	ปานกลาง
6. คุณพึงพอใจกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแค่ไหน	3.33	0.89	ปานกลาง
7. คุณพึงพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัย (บ้านของคุณ) แค่ไหน	3.59	0.98	มาก
8. คุณพึงพอใจกับการใช้เวลาของคุณมากน้อยเพียงใด	3.26	0.98	ปานกลาง
9. คุณมีพลังเพียงพอในการดำเนินชีวิตทุก ๆ วัน	2.95	1.08	ปานกลาง
10. คุณสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่คุณชอบทำได้มากน้อยแค่ไหน	2.75	1.01	ปานกลาง
11. คุณพึงพอใจกับโอกาสของคุณที่ได้ทำในสิ่งที่ต้องการในชีวิตแค่ไหน	2.96	1.08	ปานกลาง
12. คุณมีเงินเพียงพอที่จะทำให้ได้มาซึ่งสิ่งที่คุณต้องการ	2.74	1.09	ปานกลาง
13. คุณพึงพอใจต่อสัมพันธภาพระหว่างคุณและคนใกล้ชิดแค่ไหน	3.48	0.95	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่อยู่อาศัยมีระดับคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.59 คะแนน ขณะที่ค่าเฉลี่ยมีเงินเพียงพอที่จะทำให้ได้มาซึ่งสิ่งที่คุณต้องการมีความพึงพอใจระดับคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.74 คะแนน

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (n = 116)

ตัวแปรพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย			t	P value
	B	SEB	Beta		
(Constant)	14.385	2.428	-	5.925	.000
ความเพียงพอของรายได้	10.307	1.705	.492	6.046	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.441	.144	.194	3.057	.003
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.319	.135	.173	2.359	.020
จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี	.306	.137	.164	2.231	.028

$R = .759$, $R^2 = .57.6$, Adjusted $R^2 = .560$, $F = 37.644$, value of $F = .000$

จากตารางที่ 3 ความเพียงพอของรายได้, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรีได้ร้อยละ 57.6 (R^2 = 0.576) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเพียงพอของรายได้มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรีมากที่สุด (β = 0.49, p = 0.000)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยตอนกลางถึงตอนปลาย มีสถานภาพโสด มีปัญหาสุขภาพและภาวะเปราะบาง การใช้ชีวิตในสังคมเมืองมีความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจด้านการเงินระดับน้อยที่สุด เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายจะมีความรุนแรงและความซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ขาดบุตรหลานหรือผู้ดูแล ย่อมกระทบต่อการมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี[3] ผู้สูงอายุที่อาศัยในเมืองไม่มีอิสรภาพทางการเงิน อยู่คนเดียว การศึกษาระดับประถมศึกษา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ[7] ขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยในต่างจังหวัดมีคุณภาพชีวิตระดับดีเนื่องจากมีความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัวแน่นแฟ้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง[17] สอดคล้องกับการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจาก 13 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุวัยต้นถึงวัยกลางมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุวัยปลายเนื่องจากมีปัญหาสุขภาพและความเสื่อมถอยทางกายน้อยกว่า ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย[5,6]

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ (β = 0.49) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (β = 0.19) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี (β = 0.17) และปัจจัยเสริม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (β = 0.16) ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 57.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในสังคมเมืองมีค่าใช้จ่ายประจำวันและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ขณะที่การพึ่งพารายได้จากบุตรหรือการเกื้อหนุนจากครอบครัวลดลงจากร้อยละ 58.47 ในปี พ.ศ. 2545 เหลือร้อยละ 32.18 ในปี พ.ศ. 2564 โดยเฉพาะหลังเผชิญการระบาดของโควิด-19[1] ต้องการความช่วยเหลือด้านการดำรงชีพทางเศรษฐกิจด้วยการเพิ่มเบี้ยยังชีพ การส่งเสริมอาชีพและมีงานทำเพื่อให้มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายและออมทรัพย์มากที่สุด[3] ผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอหรือต้องพึ่งพารายได้จากผู้อื่นอาจละเลยการดูแลรักษาสุขภาพทำให้ร่างกายเสื่อมลงจนเกิดปัญหาสุขภาพ ไม่มีเงินเพียงพอในการส่งเสริมบำรุงสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทำให้คุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจต่ำ[7, 18-19]

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดหรือบางส่วน มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เคลื่อนไหวลำบาก ปวดเข่า กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความถดถอยทางกาย แยกตัว ไม่เข้าสังคมจนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตลดลง[9,18] เมื่อร่างกายถดถอยอยู่ในภาวะพึ่งพิง อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง ความสามารถในการปกป้องร่างกายและป้องกันสิ่งแปลกปลอมจากภายนอกลดลงโดยเฉพาะระบบการย่อยและการเผาผลาญ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและกระทบต่อการควบคุมโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่สามโรคขึ้นไปมีผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ[20]

จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นปัจจัยเอื้อที่อยู่ภายนอกบุคคล โดยบุคคลได้รับการจัดสรรจากภาครัฐอย่างเท่าเทียมกันในการดูแล ป้องกัน รักษาสุขภาพ พยาบาลเยี่ยมบ้านเข้าไปคัดกรองปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจ ช่วยลดความรุนแรงของโรคและควบคุมโรคร่วม โดยสามารถคัดกรองพบปัญหาสุขภาพในชุมชนที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาถึงร้อยละ 39[21] ยิ่งความถี่ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยพยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบ่อยขึ้นจะช่วยลดการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี[9]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ บริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองและจัดการตนเองให้มีสุขภาพด้านร่างกาย

และจิตสังคมที่สมบูรณ์แข็งแรงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี[22]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรีได้มากที่สุด ภาครัฐควรสนับสนุนสัดส่วนการออมเงินก่อนวัยเกษียณและบริหารจัดการสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคมตามภาวะเศรษฐกิจที่ผันผวนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นหลักประกันรายได้ผู้สูงอายุให้เกิดความมั่นคงและเพียงพอต่อการจัดการปัญหาสุขภาพ

2. ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรส่งเสริมการสร้างสังคมสูงวัยเชิงรุกเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ทันสมัย เชื่อถือได้ มีประโยชน์ตรงตามกลุ่มวัย

3. การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล ช่วยเพิ่มความใกล้ชิดและระยะเวลาในการจัดการสุขภาพแบบปัจเจกบุคคล จึงควรจัดหาหรือจ้างงานพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านเสริมจากพยาบาลประจำในชุมชนที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ร่วมกับอาสาบริบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีปัญหาสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศเพื่อให้เห็นความแตกต่างของคุณภาพชีวิต โดยเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างสังคมเมืองและสังคมชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผู้สูงอายุและลักษณะแบบแผนการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป

2. ควรพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา การคัดกรองและการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ทันสมัย เชื่อถือได้และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษากิจกรรมการดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระหว่าง formal care และ informal care ในชุมชนโดยแยกระดับความต้องการการดูแลเพื่อให้มีความชัดเจนด้านภาระงานและวางแผนเตรียมการลดภาระโรคเรื้อรัง ลดภาวะเปราะบาง

References

1. Department of Older Persons. Situation of the thai older person 2022. 1st ed. BKK: Amarin Corporations Public Company Limited.; 2023.
2. National Statistical Office. The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand. 1sted. BKK: Statistical Forecasting Division.; 2022.
3. Tupanich W, Chaiyalap S, & Chaiyalap K. Problems and needs of older adults living in urban area, Bangkok Metropolitan. Vajira Medical Journal : Journal of Urban Medicine. 2019; 63(Suppl):S83-92. (in Thai)
4. Teoli D, & Bhardwaj A. Quality of life. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
5. Joowong S, Junsirimongkol B, Khaektao P, Doungyota T, & Paomee K. A cross-sectional study of factors associated with life satisfaction in Thai elderly. European Psychiatry. 2022; 65(Suppl 1):S91-2.
6. 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)
7. Medhi GK, Sarma J, Bhattacharyya H, Pala S, Visi V, & Bora PJ. Sociodemographic variations in health-related quality of life (HRQOL) among elderly individuals in an urban locality in India. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019;8(7):2473-7.
8. Lim SC, Chan YM, & Gan WY. Social and health determinants of quality of life of community-dwelling older adults in Malaysia. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(5): 3977-92.

9. Molina-Mula J, Miguélez-Chamorro A, Taltavull-Aparicio JM, Miralles-Xamena J, & Ortego-Mate MD. Quality of life and dependence degree of chronic patients in a chronicity care model. Healthcare (Basel, Switzerland). 2020;8(3): 293-309.
10. Setiati S, Soejono CH, Harimurti K, Dwimartutie N, & Aryana IGPS, Sunarti S, et al. Frailty state among Indonesian elderly: prevalence, associated factors, and frailty state transition. BioMed Central Geriatrics. 2019;19(1):182-92.
11. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). BioMed Central Public Health. 2013;13(1):948-58.
12. Mekhail KT, Burstrom B, Marttila A, Wangdahl J, & Lindberg L. Psychometric qualities of the HLS-EU-Q16 instrument for parental health literacy in Swedish multicultural settings. BioMed Central Public Health. 2022;22(1): 293-305.
13. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, & Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. Journal of the American Medical Directors Association. 2010;11(5):344-55.
14. Caballero FF, Miret M, Power M, Chatterji S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, et al. Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. Health and Quality of Life Outcomes. 2013;11(1):177-89.
15. La Fauci V, Venuto R, Genovese C, et al. Study-related stress, perceived stress and quality of life among healthcare university students. Clinical Therapeutics. 2023;174(5): 412-9.
16. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments 2009.
17. Buasri S, & Supata W. Factors associated with quality of life among dependent older people in Muang district. Journal of Nursing and Health Research. 2024;25(2):19-35. (in Thai)
18. Rent PD, Kumar S, Dmello MK, & Purushotham J. Psychosocial status and economic dependence for healthcare and nonhealthcare among elderly population in rural Coastal Karnataka. Journal of mid-life health. 2017; 8(4):174-8.
19. Ausín B, Zamorano A, & Muñoz M. Relationship between quality of life and sociodemographic, physical and mental health variables in people over 65 in the community of Madrid. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(22): 8528-39.
20. Gu J, Chao J, Chen W, Xu H, Zhang R, He T, et al. Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2018;74(6):133-40.
21. Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Wood CM, Limonero JT, Medrano LA, Ruiz-Rodríguez P, et al. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the primary care setting (PsicAP Study): Protocol for a randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research Protocols. 2016; 5(4):246-62.
22. Panagioti M, Skevington SM, Hann M, et al. Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. Quality of Life Research. 2018;27(5):1257-68.

ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์

Predicting Factors of Early Postoperative Complications in Extremities Injury Patients

นันทิภัคค์ พีรวัสธนะวุฒิ* สุพร ดนัยดุษฎีกุล เกศศิริ วงษ์คงคำ กุสุมา ชินอรุณชัย
Nantiphak Peerawasthanawut* Suporn Danaidutsadeekul Kessiri Wongkongkam Kusuma Chinaroonchai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด ค่าดัชนีมวลกายและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บรยางค์และ/หรือบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วยและได้รับการผ่าตัดรยางค์ จำนวน 146 ราย โดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ แบบประเมินภาวะเปราะบางในผู้ป่วยศัลยกรรม The 5-Item Modified Frailty Index (mFI-5) และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บทางศัลยกรรม (The Adapted Clavien-Dindo in trauma) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกส์ ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด และภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้ร้อยละ 40.5 (Nagelkerke R^2 = .405, $p < .05$) สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ และสามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ที่ได้รับการผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: ความรุนแรงของการบาดเจ็บ, ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด, ค่าดัชนีมวลกาย, ภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม, ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์

Abstract

This research aimed to study the severity of the injury, the period from injury to surgery, body mass index, and the surgical frailty to early postoperative complications in patients with extremity injuries. The sample was patients with extremity injuries and/or injuries of other systems who underwent 146 extremity surgeries. The instruments used for data collection were The Injury Severity Score, The 5-Item Modified Frailty Index, and The Adapted Clavien Dindo in trauma. Statistical analysis using Logistic regression

Corresponding Author: *E-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th
วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 18 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 พ.ค. 2566

with enter method. The results of the analysis found that the severity of the injury, the period from injury to surgery, and the surgical frailty could predict the early postoperative complications in patients with extremity injuries for 40.5% with statistical significance (Nagelkerke R^2 = .405, p< .05). Therefore, this knowledge should be applied to create a guideline for preoperative and postoperative care and prevention of severe complications in patients with extremity injuries. The results of this study are used as information for planning with a multidisciplinary team in caring for patients with extremity injuries who have undergone surgery and preventing possible complications.

Keywords: The severity of injuries, the period from injury to surgery, body mass index, the surgical frailty, early postoperative complications in patients with extremity injures

บทนำ

การบาดเจ็บรยางค์ (Extremity injury) มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร[1] ซึ่งประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุดเป็นอันดับ 9 ของโลก[2] ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนถนนได้รับบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายระบบ[3] โดยเฉพาะกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีการบาดเจ็บของกระดูกรยางค์เกิดการแตกหักหรือการเคลื่อนของกระดูกรยางค์พบมากที่สุด[1] ร้อยละ 92.6 ผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยในภาวะฉุกเฉิน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงหรือเป็นปกติ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกที่เกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังผ่าตัด และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังได้

ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ที่พบ 5 อันดับแรก ได้แก่ Wound infection, Nonunion of fracture, Pulmonary Embolism Deep Vein Thrombosis และ Lung atelectasis[4,5] นำไปสู่ภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่สามารถเดินหรือทำกิจวัตรประจำวันได้[4] เกิดข้อยึดติด และอาจเกิดแผลกดทับได้[6] การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในระยะแรกของผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยการประเมินสัญญาณชีพ การประเมินลักษณะบาดแผล รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามและดูแลรักษาได้ทันท่วงที รวมไปถึงการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามแผนการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งหากป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดได้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการตายหรือภาวะทุพพลภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว[4]

การศึกษาปัจจัยทำนายของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ยังพบได้น้อย และยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจได้รับบาดเจ็บหลายตำแหน่งทั้งรยางค์บนและรยางค์ล่างร่วมกัน ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย[7] โดยมีปัจจัยความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด ค่าดัชนีมวลกาย และภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ ซึ่งในประเทศไทยการบาดเจ็บรยางค์จากอุบัติเหตุจราจรเป็นอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้น ปัจจัยระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บแตกต่างกันมีความซับซ้อนต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้แตกต่างกัน[8] ปัจจัยระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด การศึกษาในต่างประเทศมีความไม่สอดคล้องกัน[9] ปัจจัยดัชนีมวลกายต่อภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์หลังผ่าตัดไม่มีความจำเพาะในกลุ่มประชากรเอเชีย และผลการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมายังไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนในเกณฑ์การจำแนกดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง และปัจจัยภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมผลการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่าภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมสามารถการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ได้[10] แต่ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยเอเชีย ด้วยลักษณะโครงสร้างของร่างกายและภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยทาง

กรรมพันธุ์ที่แตกต่างกันของประชากรเอเชียและยุโรป ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เพื่อนำองค์ความรู้ไปต่อยอดวางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์หลังการผ่าตัดที่จำเพาะในบริบทประเทศไทย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์หลังผ่าตัดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายดำเนินชีวิตได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[11]

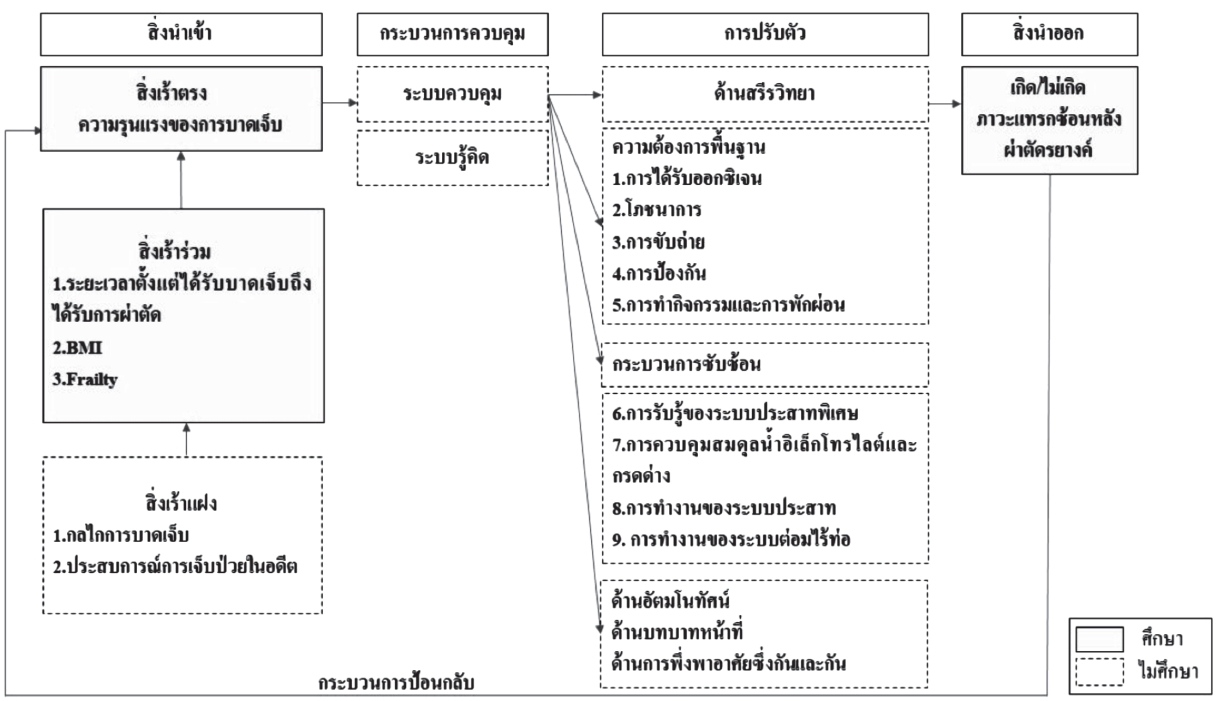
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด ค่าดัชนีมวลกายและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์

สมมติฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัดค่าดัชนีมวลกายและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม สามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ เป็นการปรับตัวด้านสรีระของผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดรยางค์ โดยประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอย[12] การศึกษาครั้งนี้ผู้บาดเจ็บรยางค์เป็นระบบเปิดที่มีการปรับตัวต่อการบาดเจ็บที่ได้รับ โดยมีสิ่งเร้ามากระตุ้น ได้แก่ สิ่งเร้าตรง คือ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ สิ่งเร้าร่วม คือ 1. ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด 2. ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ในภาวะปกติก่อนได้รับการผ่าตัด 3. ภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม 4. อายุของผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ และสิ่งเร้าแฝง คือ กลไกการบาดเจ็บประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ได้รับการผ่าตัดเป็นสิ่งเร้ามากระตุ้นร่างกายเกิดกระบวนการควบคุมผ่านระบบควบคุมทางสรีระ (regulator subsystem) และระบบรู้คิด (cognator subsystem) เกิดการตอบสนองโดยการปรับตัวด้านสรีรวิทยาจากกระบวนการซับซ้อนการทำงานของระบบประสาท การควบคุมสมดุลสารน้ำ ภาวะกรดด่าง การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ร่วมกับการปรับตัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังได้รับบาดเจ็บและผ่าตัดรยางค์ ส่งผลเป็นสิ่งนำออก (output) คือ ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์หลังผ่าตัด ที่แตกต่างกันตามแต่ความสามารถในการปรับตัวของผู้บาดเจ็บคนนั้น[7]



กรอบแนวคิดการปรับตัวด้านสรีระของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ โดยประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอย[7]

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร และหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ส่วนบนและ/หรือล่างที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย ต้องไม่ได้รับการผ่าตัดในระบบอื่นๆ 3. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ และรับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ และรับการรักษาโดยการผ่าตัด และมีการกลับเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 30 วันหลังผ่าตัด 4. ผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่องสติสัมปชัญญะครบ ตอบแบบสอบถามได้ และผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการเจ็บปวด หรือไม่ได้รับยาที่กดประสาท เช่น ยาแก้ปวดที่ออกฤทธิ์แรง เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา 1. ได้รับการผ่าตัดรักษา Soft tissue infection 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ต้องได้รับการรักษาทางยาอย่างต่อเนื่อง 3. เป็นโรคมะเร็งกระดูกรยางค์

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1 เลือกใช้สถิติการถดถอยโลจิสติค กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจทดสอบทางสถิติเท่ากับ .80 คำนวณจากคู่ความสัมพันธ์ขงานวิจัยที่ใกล้เคียง[13] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 133 ราย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง[14] ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 146 ราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษา เวลาแรกรับจนถึงการผ่าตัด ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ชนิดของการผ่าตัด น้ำหนักส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

2. แบบประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้ประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ[12] แบ่งระบบร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บและนำการบาดเจ็บของแต่ละอวัยวะมาคำนวณ การแปลผลระดับความรุนแรงแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ความรุนแรงเล็กน้อย (1-8 คะแนน) ความรุนแรงปานกลาง (9-15 คะแนน) ความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง (16-24 คะแนน) ความรุนแรงมาก (25-34 คะแนน) ความรุนแรงมากที่สุด (35-75 คะแนน)

3. แบบประเมินภาวะเปราะบางในผู้ป่วยศัลยกรรม The 5-Item Modified Frailty Index (mFI-5) เป็นแบบประเมินภาวะเปราะบางในผู้ป่วยศัลยกรรม[15] ตรวจสอบหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำคะแนนจากการสังเกตโดยผู้วิจัยและแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 แบบประเมินมีข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ 1) Diabetes mellitus: non-insulin, insulin, or oral 2) Congestive heart failure within 30 day before surgery 3) Hypertension requiring medication 4) History of COPD or pneumonia 5) Functional health status before surgery: partially dependent or totally dependent โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ใช่ และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ใช่ นำคะแนนรวมทั้ง 5 ข้อ แปลผล ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเปราะบาง (Non - Frailty) 1 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะเปราะบาง (Pre - Frailty) และมากกว่า 1 คะแนน หมายถึง มีภาวะเปราะบาง (Frailty)

4. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บทางศัลยกรรม (The Adapted Clavien-Dindo in trauma ; ACDiT)[16] ตรวจสอบหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ตรวจสอบหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 1 การแปลผลแบ่งตาม Grade 0 – 5 ซึ่ง Grade 5 หมายถึง เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งพิจารณาร่วมกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU-MOU-IRB-NS2022/18.3101 ลงวันที่ 11 เมษายน 2565 ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร รหัสโครงการ 007/65 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2565 และผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากโรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร รหัสโครงการ 0133/8412 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายใต้การการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบแนะนำกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่พักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม 7 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน 18 ข้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 30 นาที ผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัย ขออนุญาตติดตามอาการหลังผ่าตัด 30 วัน กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตโทรสอบถามติดตามอาการทางโทรศัพท์ โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูล ความรุนแรงของการบาดเจ็บระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด ดัชนีมวลกายและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม ด้วยพิสัย ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด ดัชนีมวลกายและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ โดยใช้สถิติไคสแควร์

4. วิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บจนผ่าตัด ดัชนีมวลกายและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression) แบบใส่ข้อมูลพร้อมกัน (Enter method)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย การรักษาและการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.8 อายุเฉลี่ย 47.58 ปี (Min = 18, Max = 89, SD = 19.53) พบโรคร่วมร้อยละ 41.8 โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 28.8 ส่วนพฤติกรรมทางสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 31.5 สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 28.1 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 39.7 รองลงมาอ้วนระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 24.0 และมีตำแหน่งได้รับการบาดเจ็บบริเวณขาพบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.2 ได้รับการผ่าตัดชนิด Open reduction มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.3 ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บจนถึงการผ่าตัดสูงสุด 19-24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 22.6

ข้อมูลความรุนแรงของการบาดเจ็บ ภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์หลังผ่าตัดระยะแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 70.5 (Mean = 17.33, Min = 11, Max = 33, SD = 4.36) กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 25.3 และมีภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 20.6 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 37.0 และเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 63.0 โดยแบ่งจำแนกตามเกณฑ์ พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน Grade 2 คือได้รับการรักษาโดยการใช้ยาปฏิชีวนะ ยาการต้านแข็งตัวของเลือดหรือการให้เลือดสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 53.4 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ Wound Infection คิดเป็นร้อยละ 30.1 มีระยะเวลาการเกิดโดยเฉลี่ย 8 วันหลังผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัดและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม

มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\mathbf{X}^2$ = 8.764, p < .05, $\mathbf{X}^2$ = 19.534, p < .05, $\mathbf{X}^2$ = 36.629, p < .05 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การทำนายการทำนายตัวแปรอิสระ ต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ (n = 146)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	OR Exp(B)	95% C.I.		Wald	P value
				Lower	Upper		
1. ความรุนแรงของการบาดเจ็บ	.856	.393	2.354	1.085	5.108	4.695	.030*
2. ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด	.295	.139	1.343	1.023	1.763	4.520	.033*
3. ดัชนีมวลกาย	-.047	.135	.954	.731	1.244	.122	.727
4. ภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม	1.749	.406	5.748	2.595	12.736	18.570	.000**
ค่าคงที่	-3.559	1.277	.028			7.765	.005

* p < .05, ** p < .001, Predictive correct = 74%, Cox & Snell R^2 = .297, Nagelkerke R^2 = .405

จากตารางที่ 1 อำนาจการทำนายของความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัด ดัชนีมวลกายและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ พบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัดและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม สามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้ร้อยละ 40.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nagelkerke R^2 = .405, p < 0.05) โดยแปลผลได้ดังนี้ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์เพิ่มขึ้น 2.4 เท่า (OR = 2.354; 95% CI = 1.085-5.108, p < .05) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์เพิ่มขึ้น 1.3 เท่า (OR = 1.343; 95% CI = 1.023-1.763, p < .05) และภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์เพิ่มขึ้น 5.7 เท่า (OR = 5.748; 95% CI = 2.595-12.736, p < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยความรุนแรงของการบาดเจ็บ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็นส่วนใหญ่และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้ในระดับที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.354; 95% CI = 1.085-5.108, p < .05) เป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย[7] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีแรงกระแทก ความเร็วของวัตถุเกิดการกระจายพลังงานไปยังอวัยวะของผู้บาดเจ็บเกิดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้นทำให้การฟื้นสภาพทางกายภายหลังการได้รับบาดเจ็บลดลง[17] และการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้ โดยพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลติดเชื้อหลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ พบมากที่สุดร้อยละ 30.1

ปัจจัยระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัดสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.343; 95% CI = 1.023-1.763, p < .05) เป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย[7] พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ พบภาวะปอดอักเสบร้อยละ 6.8 สอดคล้องกับการศึกษา[18] ที่พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสะโพก

หักที่ได้รับการผ่าตัดล่าช้ามากกว่า 24 ชั่วโมงหลังได้รับการบาดเจ็บ ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยดัชนีมวลกายไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .727) ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทที่มีความแตกต่างกันจากการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งเป็นการศึกษาจากต่างประเทศ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ที่มีค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในระดับน้ำหนักมาตรฐาน และอ้วนระดับ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระยะแรกได้มากเช่นกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา[19] ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกข้อเท้าหักแบบปิดที่มีโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 30 kg/m^2) มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าและมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มน้ำหนักปกติ (ดัชนีมวลกาย = 18.5 - 24.9 kg/m^2)

ปัจจัยภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 5.748; 95% CI = 2.595-12.736, p < .05) เป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย[7] กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม (Frailty) ร้อยละ 20.5 และเริ่มมีภาวะเปราะบางทางศัลยกรรม (Pre-Frailty) ร้อยละ 25.3 และส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะแรกภายใน 30 วันหลังผ่าตัดรยางค์ได้ร้อยละ 31.8 และ 33.0 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมเป็นสภาวะเปลี่ยนผ่านของบุคคลจากสภาพแข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอของผู้ป่วยศัลยกรรม จากการลดลงของพลังงานสำรองทางสรีวิทยาของร่างกายเมื่อเผชิญกับความเครียดจากการบาดเจ็บรยางค์และได้รับการผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการฟื้นฟูหลังการรักษา[20] และการปรับสมดุลของร่างกายหลังได้รับการผ่าตัดรักษาอาจมีโอกาสเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ผู้บาดเจ็บรยางค์ร่วมกับภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีโรคประจำตัว และรวมถึงลักษณะโครงสร้างหรือความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อที่แตกต่างของแต่ละบุคคลทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้ป่วยศัลยกรรม เมื่อได้รับการผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ภายหลังการผ่าตัดจากภาวะเปราะบางของบุคคลนั้น[11] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[21] ที่พบว่าภาวะเปราะบางสามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก acetabulum และการบาดเจ็บที่แขนขาส่วนล่าง และสอดคล้องกับการศึกษา[11] ที่พบว่าภาวะเปราะบางมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกแขนหักได้

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงได้รับการผ่าตัดและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้ และสามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy adaptation model)[4] เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ได้รับการกระตุ้นจากการบาดเจ็บ และผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์หลังได้รับการผ่าตัดร่างกายเกิดการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บจนถึงการผ่าตัดและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมสามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ ดังนั้นควรนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ รวมทั้งนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ที่ได้รับการผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บจนถึงการผ่าตัดและภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมสามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ สามารถนำข้อมูลและผลการศึกษาไปศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เช่น สร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางทางศัลยกรรมก่อนและหลังการผ่าตัด สร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรยางค์ที่รอเข้ารับการผ่าตัดเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดการติดเชื้อบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

1. Mahdian M, Fazel RM, Sehat M, Khosravi G, & Mohammadzadeh M. Epidemiological Profile of Extremity Fractures and Dislocations in Road Traffic. Accidents in Kashan, Iran: a Glance at the Related Disabilities. The Archives of bone and joint surgery. 2017; 5(3): 186-92.
2. World Health Organization. Physical activit. Geneva: WHO; 2020.
3. Office of Transport and Traffic Policy and planning. Minutes Ministry of Defense Road Accident Situation. Bangkok: OTP; 2020.
4. Harris AM, Althausen PL, Kellam J, Bosse MJ, & Castillo R. Complications Following Limb-Threatening Lower Extremity Trauma. Journal of Orthopaedic Trauma. 2014; 23(1); 1-6.
5. Mueck KM, & Kao LS. Patients at High-Risk for Surgical Site Infection. Surgical Infections. 2017; 18(4): 440-6.
6. Rattanamongkol C, Sindhu S, Toskulkao T, & Iramaneerat C. Factors Related to the Severity of Postoperative Complications in Patients with Primary Gastrointestinal (Stomach, Liver, Bile Duct, Colon, and Rectum) Cancer.Thai Journal of Nursing Council. 2016; 31(3): 97-109. (in Thai)
7. Roy C. The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson; 2008.
8. Khorgami Z, Ewing KL, Mushtaq N, Chow GS, & Howard CA. Predictors of discharge destination in patients with major traumatic injury: Analysis of Oklahoma Trauma Registry. The American Journal of Surgery. 2019; 218(3): 496-500.
9. Riedel MD, Parke A, Zheng M, Briceno J, Staffa SJ, Miller CP, Kaiser PB, Wu JS, Zurakowski D, & Kwon JY. Correlation of Soft Tissue Swelling and Timing to Surgery With Acute Wound Complications for Operatively Treated Ankle and Other Lower Extremity Fractures. Foot & Ankle International. 2019; 40(5): 526–36.
10. Rege M, Runner RP, Staley CA, Vu CC, Arora SS, & Schenker ML. Predicts mortality and complications in chronologically young patients with traumatic orthopaedic injuries. Elsevier Ltd. 2018; 49: 2234-8.
11. Omoke NI, & Nwigwe CG. An analysis of risk factors associated with traumatic extremity amputation stump wound infection in a Nigerian setting. International Orthopaedics. 2012; 36(11): 2327-32.
12. Baker SP, O'neill B, Haddon W, & Long WB. The Injury Severity Score: a method for Describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. Journal Trauma. 1974; 36(11): 2327-32.
13. Omoke NI, & Nwigwe CG. An analysis of risk factors associated with traumatic extremity amputation stump wound infection in a Nigerian setting. International Orthopaedics. 2012; 36: 2327–32.
14. Prommapun B. Interpreting Techniques for Using Parametric and Nonparametric Statistics in Social Sciences Research. Electronic Journal of Open and Distance Innovative Learning (e-JODIL). 2020; 10(1): 1-9.
15. Velanovich V, Antoine H, Swartz A, Peters D, & Rubinfeld I. Accumulating deficits model of frailty and postoperative mortality and morbidity: its application to a national database. Journal of Surgical Research. 2013; 18(3): 104-10.
16. Naumann DN, Vincent LE, Pearson N, Beaven A, Smith IM, Smith K, et al. An adapted Clavien-Dindo scoring system in trauma as a clinically meaningful non-mortality endpoint. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2018; 83(2): 241-8.

17. Pundee J, Chayaput P, Chanruangvanich W, & Wannatoop T. Predictors of Functional Restoration in Extremity Injury Patients. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2019; 34(4): 48-63. (in Thai)
18. Pincus D, Ravi B, Wasserstein D, Huang A, Paterson M, Nathens BA, et al. Association Between Wait Time and 30-Day Mortality in Adults Undergoing Hip Fracture Surgery. The Journal of the American Medical Association. 2017; 318(20):1994-2003.
19. Stavem K, Naumann MG, Sigurdsen U, & Utvag SE. The association of body mass Index with complications and functional outcomes after surgery for closed ankle fractures. Bone Joint Journal. 2017; 99(10): 1389-98.
20. Pramnoi T, Danaidutsadeekul S, & Chanruangvanich w. Factors Predicting Traumatic Patients Readiness for Hospital Discharge after Extremity Surgery. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 179-87. (in Thai)
21. Wilson JM, Holzgrefe RE, Staley CA, Schenker, ML, & Meals CG. Use of a 5-Item Modified Frailty Index for Risk Stratification in Patients Undergoing Surgical Management of Distal Radius Fractures. The journal of Hand Surgery. 2018; 40(8): 701-9.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Factors Related to the Risk of Falls in Patients with Osteoarthritis

นฤมล ศิลวิศาล[1] ทิพวรรณ พลานุพัฒน์[1] จารุวรรณ ยกเส้ง[2]
Narumon Sinwisarn[1] Thippawan Palanupat[1] Jaruwanyokseng[2]
[1]สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160
[1]School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Thailand 80160
[2]พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม โรงพยาบาลท่าศาลา นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160
[2]Registered Nurse, surgical outpatient ward, Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Thailand 80160

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างเดือนมกราคม 2564 – ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยจำนวน 146 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Thai FRAT) ความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งชุด (r) เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์ไคสแควร์และสถิติถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่าอายุ อาชีพ โรคประจำตัวและอาการปวดข้อเข่าร่วมกับข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที และปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุ อาชีพ และอาการปวดข้อเข่าร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลสามารถนำไปพัฒนาเป็นกิจกรรมหรือโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อม, ปัจจัยเสี่ยง, ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม, การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Abstract

This research is a retrospective study examining factors related to the risk of falls in patients with osteoarthritis at the outpatient clinic of Thasala Hospital between January 2021 and December 2023. Adults and older individuals, 146 participants, were recruited for the study. Data was collected using personal information, evaluation and screening form for osteoarthritis and the fall risk assessment form for Thai elderly living in the community (Thai FRAT). The overall reliability for the entire set (r) was equal to 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square relationship analysis, and binary logistic regression analysis.

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

วันที่รับ (Received) 31 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 22 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 5 ต.ค. 2567

The results indicated that significant Factors associated with the risk of falls were found to be age, occupation, congenital disease, and knee joint pain with joint stiffness of less than 30 minutes. Factors predicting the risk of falls in patients with osteoarthritis include age, occupation, and knee joint pain with joint stiffness for less than 30 minutes with statistical significance (P<.05). Based on the findings of this study, nurses can use the research results to develop activities or programs to prevent falls in patients with osteoarthritis in both hospitals and communities.

Keywords: Knee Osteoarthritis, Risk factor, Risk of fall, Falls in patients with osteoarthritis

บทนำ

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นโรคที่เกิดจากกระดูกอ่อนที่อยู่ที่ปลายของกระดูกในข้อมีการเสื่อม ทำให้ข้อต่อมีความยืดหยุ่นลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโครงร่างลดลง เอ็นหย่อน ประสาทส่วนปลายเป็นอัมพาต ทำให้ไม่สามารถควบคุมการเดินหรือการทรงตัวให้อยู่ในภาวะปกติได้[1] มีรายงานข้อมูลจากทั่วโลกในปี ค.ศ. 2020 พบว่า ผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของข้อเข่าเสื่อม 16 % และในกลุ่มที่อายุ 40 ปีขึ้นไปมีความชุกของข้อเข่าเสื่อมถึง 22.9%[2] โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[3] โรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ลดลง[4] จากการประเมินโดยภาพถ่ายรังสี พบว่า ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยส่งผลต่อโครงสร้างของข้อเข่า[5] โดยเพิ่มการทำลายของกระดูกอ่อน ส่งผลให้มีอาการปวดเข่าเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม[6] ผลที่ตามมาคืออาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิมเกิดภาวะพึ่งพา หรือพร่องความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะยาว

การพลัดตกหกล้มเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ความเสื่อมของระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น การมองเห็น[7] การทรงตัวบกพร่อง ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ และโรคประจำตัว เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิต เป็นต้น และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สภาพบ้านที่อยู่อาศัย[8] เช่น อยู่บ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 1.5 เมตรขึ้นไป หรือบ้านสองชั้นต้องขึ้นลงโดยใช้บันได พื้นที่ลื่นหรือขรุขระ[9] ปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การมีน้ำหนักตัวเยอะ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย อาชีพที่ต้องยกของหนัก การงอเข่ามากหรือซ้ำ ๆ และการบาดเจ็บข้อเข่าจากการออกกำลังกายหรืออุบัติเหตุ[10]

การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาศึกษาตัวทำนายความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อุบัติการณ์โรคข้อเสื่อม เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี ตำแหน่งของข้อที่มักพบการเสื่อม ได้แก่ ข้อเข่า สะโพก ข้อมือ กระดูกสันหลัง และข้อเท้า แต่ข้อที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อการเจ็บป่วยและการรับบริการมากที่สุดคือ ข้อเข่า[11] จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เนื่องจากจะสามารถป้องกันความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่เริ่มต้นได้ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบข้อมูลที่เพียงพอและครอบคลุมที่จะนำไปใช้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุ และเนื่องจากจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่วิจัยในครั้งนี้ มีเศรษฐกิจโดยทั่วไปของจังหวัดขึ้นอยู่กับผลผลิตทางด้านการเกษตร และการค้า อาชีพหลักคือ การทำสวนยางพารา ปาล์มน้ำมัน ทำไร่ การปลูกผลไม้ทำสวนมะพร้าว และการประมง ซึ่งการยกของที่มีน้ำหนักเยอะและเดินในพื้นที่ลาดเอียงก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เข่าต้องรับน้ำหนักที่มากกว่าปกติ จึงพบข้อเข่าเสื่อมในช่วงอายุที่น้อยลง[12] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งเพศ อายุ อาชีพ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติพลัดตกหกล้ม และอาการปวดข้อเข่าเนื่องจากสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการสร้างเสริมความมั่นใจให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและลดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น

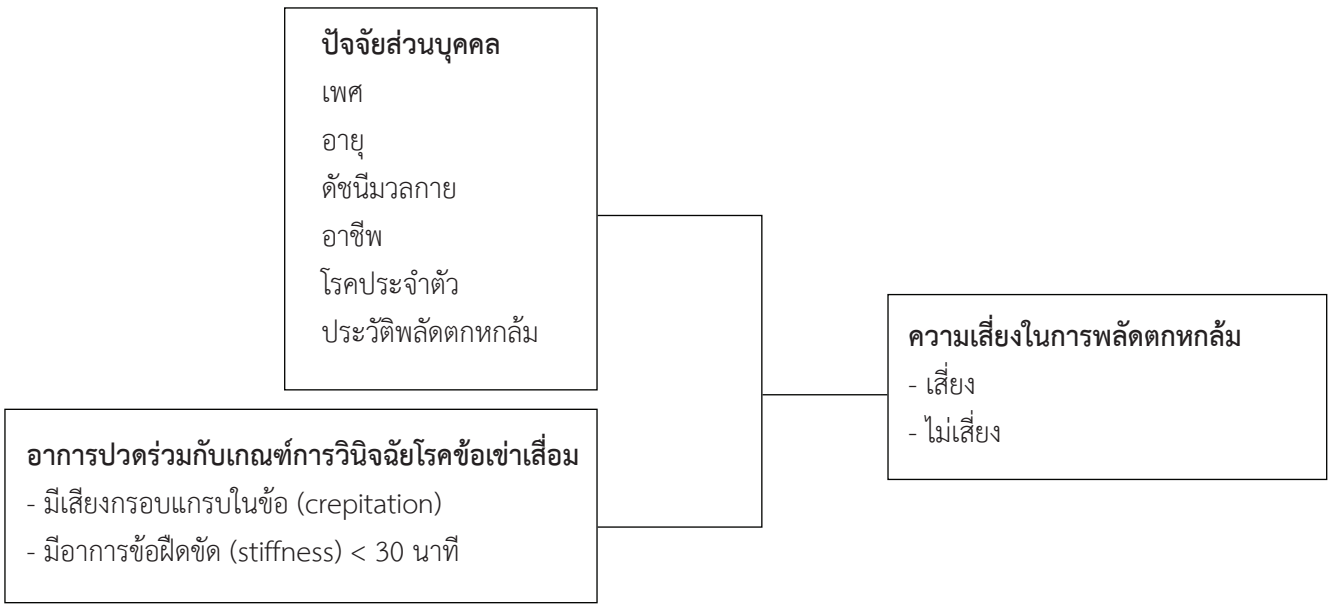
วัตถุประสงค์การวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม[13] และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล (personal conditions) 2) การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม 3) ความปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

เมื่อพิจารณาปัจจัยข้างต้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จึงสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะร่วมทำนายความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ โรคประจำตัว และประวัติพลัดตกหกล้ม ปัจจัยด้านอาการปวดเข่าร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม[13] ได้แก่ มีเสียงกรอบแกรบในข้อ (crepitation) และมีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) < 30 นาที (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์แบบย้อนหลังจากเวชระเบียน(Retrospective Chart review) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ประชากร

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาครั้งแรกและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างเดือนมกราคม 2564–เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 1,516 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 กำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (Bivariate normal model) กำหนดค่าอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ .23 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ระดับ 0.05 ตามการศึกษาที่พบว่า ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าเท่ากับ .226 โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 146 คน[14] เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่ม

ตัวอย่าง 1) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี 3) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลการประเมิน Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) ครบถ้วนในเวชระเบียน[15]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่เอกสารรับรอง WUEC-24-019-01 วันที่รับรอง 12 มกราคม พ.ศ. 2567 ภายหลังการอนุมัติผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลท่าศาลา ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม โดยไม่ใส่ชื่อผู้ป่วย มีการใช้รหัสเป็นเลข ชุดแบบบันทึกข้อมูลเลขที่ ไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล และใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ ดัชนีมวลกาย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นข้อเข่าเสื่อม และการรักษาข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้ประเมินผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมของวิทยาลัยรูมาติกส์แห่งสหรัฐอเมริกา[13] มีอาการปวดเข่าร่วมกับ 1) อายุ 50 ปีขึ้นไป 2) มีเสียงกรอบแกรบในข้อ (crepitation) และ 3) มีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT)[15] จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความชัดเจนโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง นำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาหลังจากปรับปรุง ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งชุด (r) เท่ากับ 1.00

การรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

2) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัยแก่หัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียน ได้แก่ วัตถุประสงค์ รูปแบบวิจัย วิธีการดำเนินงาน และการนำข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

3) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ย้อนหลังการรักษาที่โรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างเดือนมกราคม 2564–เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 146 คน การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยต้องใช้รหัสผ่าน ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ มีผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่หน่วยงานเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่มีรหัสในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติพลัดตกหกล้ม อาการปวดข้อเข่า และความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติพลัดตกหกล้ม และอาการปวดข้อเข่ากับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้การหาสหสัมพันธ์แบบทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square correlation)

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Enter)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วน ใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 79.97 ช่วงอายุส่วนใหญ่ 65-74 ปี จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 40.41 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 65.07 อาชีพส่วนใหญ่ทำสวน จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 27.40 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 76.71 มีอาการปวดข้อเข่า จำนวน 146 คน คิดเป็น

ร้อยละ 100 ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้มเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 87.67

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่าอายุ อาชีพ โรคประจำตัวและมีอาการปวดข้อเข่าร่วมกับข้อฝืดขัด(stiffness) น้อยกว่า 30 นาที มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไปกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (N = 146)

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะเสี่ยง (n = 114)	ไม่มีภาวะเสี่ยง (n = 32)	Chi-Square	p-value
เพศ		0.367	0.545	
ชาย	31 (27.19%)	7 (21.88%)		
หญิง	83 (72.81%)	25 (78.13%)		
อายุ		18.827	<0.001*	
น้อยกว่า 55 ปี	6 (5.26%)	6 (18.75%)		
55 – 64 ปี	24 (21.05%)	14 (43.75%)		
65 – 74 ปี	48 (42.11%)	11 (34.38%)		
75 ปี ขึ้นไป	36 (31.58%)	1 (3.13%)		
ดัชนีมวลกาย			4.077	0.130
Normal น้อยกว่า 22.90	22 (19.3%)	5 (15.63%)		
Overweight (23.00 – 24.90)	15 (13.16%)	9 (28.13%)		
Obesity (25.00 – 29.90)	77 (67.54%)	18 (56.25%)		
อาชีพ			37.481	<0.001*
เกษตร (ทำสวน)	34 (29.82%)	6 (18.75%)		
รับราชการ	3 (2.63%)	9 (28.13%)		
ว่างงาน	47 (41.23%)	1 (3.13%)		
รับจ้าง	11 (9.65%)	8 (25%)		
ค้าขาย	13 (11.4%)	5 (15.63%)		
ทำนา	6 (5.26%)	3 (9.38%)		
โรคประจำตัว			6.896	0.009*
ไม่มี	21 (18.42%)	13 (40.63%)		
มี	93 (81.58%)	19 (59.38%)		
อาการปวดข้อเข่า				
มีเสียง crepitation ในข้อเข่า			0.707	0.401
ไม่มี	63 (55.26%)	15 (46.88%)		
มี	51 (44.74%)	17 (53.13%)		
มีอาการข้อฝืดขัด(stiffness) น้อยกว่า30 นาที			33.971	<0.001*
ไม่มี	44 (38.6%)	31 (96.88%)		
มี	70 (61.4%)	1 (3.13%)		
ประวัติพลัดตกหกล้ม			3.212	0.124
ไม่เคย	97 (85.09%)	31 (96.88%)		
เคย	17 (14.91%)	1 (3.13%)		

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ อายุ (p-valueน้อยกว่า 55 ปี < .05) อาชีพ (p-valueราชการ < .05) และอาการปวดข้อเข่าร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที (p-value = 0.001) มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นแสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 0.030 เท่า (ORadj, 95% CI = 0.00-0.55) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอาชีพเกษตร (ทำสวน) มีความเสี่ยงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 0.057 เท่า (ORadj,95% CI = 0.01 - 0.68) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอาชีพรับราชการ และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการปวดข้อแต่ไม่มีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 0.014 เท่า (ORadj, 95% CI = 0.00 - 0.14) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการปวดข้อเข่าร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Enter)

ปัจจัย	Univariate			Multivariate		
	OR	95%CI	P-value	OR	95%CI	P-value
เพศ						
ชาย	1.334	0.52 - 3.40	0.546	NA	NA	NA
หญิง	1.000	Reference				
อายุ						
น้อยกว่า 55 ปี	0.028	0.00 - 0.27	0.002*	0.030	0.00 - 0.55	0.018*
55 – 64 ปี	0.048	0.01 - 0.39	0.004*	0.087	0.01 - 1.12	0.061*
65 – 74 ปี	0.121	0.02 - 0.98	0.048*	0.419	0.04 - 4.64	0.478
75 ปี ขึ้นไป	1.000	Reference			1.000	Reference
ดัชนีมวลกาย						
Normal น้อยกว่า 22.90	1.029	0.34 - 3.09	0.960	NA	NA	NA
Overweight (23.00 – 24.90)	0.390	0.15 - 1.03	0.058	NA	NA	NA
Obesity (25.00 – 29.90)	1.000					
อาชีพ						
เกษตร (ทำสวน)	1.000	Reference			1.000	Reference
รับราชการ	0.059	0.01 - 0.28	< 0.001*	0.057	0.01 - 0.68	0.023*
ว่างงาน	8.294	0.95 - 72.1	0.055	15.622	1.31 - 186.51	0.030
รับจ้าง	0.243	0.07 - 0.85	0.027*	0.809	0.14 - 4.82	0.816
ค้าขาย	0.459	0.12 - 1.77	0.257	0.165	0.03 - 1.10	0.062
ทำนา	0.353	0.07 - 1.81	0.212	0.249	0.03 - 2.19	0.210
โรคประจำตัว						
ไม่มี	1.000	Reference		1.000	Reference	
มี	0.33	0.14 - 0.77	0.011*	0.266	0.06 - 1.17	0.081

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Enter) (ต่อ)

ปัจจัย	Univariate			Multivariate		
	OR	95%CI	P-value	OR	95%CI	P-value
อาการปวดข้อเข่า						
มีเสียง crepitation ในข้อเข่า						
ไม่มี	1.000	Reference				
มี	1.400	0.64 - 3.07	0.402	NA	NA	NA
มีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที						
ไม่มี	1.000	Reference		1.000	Reference	
มี	0.020	0 - 0.15	< 0.001*	0.014	0.00 - 0.14	<0.001*
ประวัติพลัดตกหกล้ม						
ไม่เคย	1.000	Reference		1.000	Reference	
เคย	0.184	0.02 - 1.44	0.107	NA	NA	NA

Nagelkerke R2 เท่ากับ 0.889, Overall Percentage = 96.60

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่าอายุ อาชีพ โรคประจำตัวและอาการปวดข้อเข่าร่วมกับข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที และปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุ อาชีพ และอาการปวดข้อเข่าร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 75 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 0.030 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุคือจะมีมวลกล้ามเนื้อขนาดเล็กลงและมีการสะสมของไขมันข้อต่อและกระดูกอ่อน (Cartilage) มีการสะสมของแคลเซียมและมีโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเสื่อมหรือรอยโรค นอกจากนี้เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective Tissue) มีความยืดหยุ่นลดลง[16] เกิดความบกพร่องในการเคลื่อนไหว สายตาผิดปกติ การเสื่อมของหูชั้นในทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ มึนงง และการทรงตัวที่ไม่มั่นคง เกิดพลัดตกหกล้มได้ง่าย[17] การหกล้มในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากอาการปวดข้อเข่า น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน การเดินและการทรงตัวผิดปกติ และความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง[1] สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงการล้มกับความเจ็บปวดและความผิดปกติ โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยไม่ใช่ภาพรังสี พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอายุตั้งแต่ 50 ขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงที่จะล้มเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี[18]

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอาชีพเกษตร (ทำสวน) มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 0.057 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอาชีพรับราชการ เนื่องจากการทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ เช่น การงอเข่า ย่อตัว หรือยืนทำงานเป็นเวลานาน การใช้อุปกรณ์การเกษตรบางชนิดอาจมีน้ำหนักมาก มีผลต่อเข่าที่รองรับน้ำหนักเกิดการสูญเสียช่องว่างระหว่างข้อเข่าทำให้ข้อเข่าได้รับการเสียดสีหรือแรงกระแทกซ้ำ ๆ จากการทำกิจกรรมส่งผลเกิดการบาดเจ็บของข้อได้ง่าย ทำให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 36.1 ที่ยังทำงานและอยู่ในภาคการเกษตรมากที่สุด ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมบาดและการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่อิง อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพเกษตรกรรม และพบการหกล้มของผู้สูงอายุร้อยละ 2619 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 34 กิจกรรมที่ทำก่อนการพลัดตกหกล้ม คือ การทำงานประจำ และการเปลี่ยนท่าทาง[20]

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการปวดข้อแต่ไม่มีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 0.014 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการปวดข้อเข่าร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการสึกกร่อนของกระดูกอ่อน (articular cartilage) และเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อ พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมจึงดำเนินไปอย่างช้า และเพิ่มความรุนแรงของโรคตามเวลาที่ผ่านไป อาการทางคลินิกได้แก่ อาการปวดข้อ ข้อฝืดแข็ง กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรง โครงสร้างของข้อเปลี่ยนแปลง ข้อผิดรูปจนทำ ให้ไม่สามารถเดินได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีคุณภาพชีวิตลดลง[21] สอดคล้องกับการศึกษาความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศแคนาดา ที่พบว่าผู้ที่มีประวัติพลัดตกหกล้มและมีอาการปวดเข่าข้อฝืดขัดมีความแตกต่างกับผู้ที่ไม่มีอาการ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องมีผลต่อความเสี่ยงในการหกล้ม[22] และจากการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการประเมินข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านานมากกว่า 30 นาที เสียงดังกรอบแกรบ ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม[23] และการศึกษาในรัฐแทสเมเนียประเทศออสเตรเลีย เรื่องความเสี่ยงจากการหกล้มโดยไม่ใช้ภาพรังสี ในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่าคะแนนความปวด ข้อเข่าฝืดขัดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการหกล้ม[17]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ด้านการพยาบาล ผู้บริหาร พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีนโยบาย/แผน/แนวทางการส่งเสริมความพร้อมในการจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยคำนึงถึงอายุ อาชีพ โรคประจำตัว และอาการปวดข้อเข่า

ด้านวิชาการ พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางกายเพื่อลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม โดยคำนึงถึงอายุ อาชีพ โรคประจำตัว และอาการปวดข้อเข่า แล้วนำกิจกรรมไปใช้กับผู้ที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อการพัฒนาความยั่งยืนด้านสุขภาพขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals : SDGs)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามอาชีพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มาในการติดตามผู้ป่วยและติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือนและ 12 เดือน

2. ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยคำนึงถึงอายุ อาชีพ โรคประจำตัว และอาการปวดข้อเข่า

References

1. Ng CT, & Tan MP. Osteoarthritis and falls in the older person. Age Ageing. 2013; 42(5):561-6.
2. Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, & Lu H. Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. EClinicalMedicine. 2020; 26(1):1-13.
3. Postler A, Ramos AL, Goronzy J, Günther KP, Lange T, Schmitt J, Zink A, & Hoffmann F. Prevalence and treatment of hip and knee osteoarthritis in people aged 60 years or older in Germany: an analysis based on health insurance claims data. Clinical Interventions in Aging. 2018; 14(13):2339-49.
4. Varbakken K, Loras H, Nilsson KG, Engdal M, & Stensdotter AK. Relative difference in muscle strength between patients with knee osteoarthritis and healthy controls when tested bilaterally and joint-inclusive: an exploratory cross-sectional study. BMC Musculoskelet Disord. 2019; 20(1): 1-13.
5. Spanoudaki M, Giaginis C, Mentzelou M, Bisbinas A, Solovos E, Papadopoulos K, Paliokas I, Zidrou C, Cheimaras A, Hassapidou M, Papadopoulos AN, & Papadopoulou SK. Sarcopenia and Sarcopenic Obesity and Osteoarthritis: A Discussion among Muscles, Fat, Bones, and Aging. Life (Basel). 2023; 13(6):24-42.

6. Iijima H, & Aoyama T. Increased recurrent falls experience in older adults with coexisting of sarcopenia and knee osteoarthritis: a cross-sectional study. BioMed Central Services Research. 2021; 21(1):1-8.
7. Srenaul P, & Kanokthet T. Accidental Fall in Elderly: Thai Elderly Confidence Dangers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):65-70. (in Thai)
8. Wongsawang N, Jeenkhowkhum D, Boonsiri C, et al. Home environmenttal risk for falls and incident of falls in older adults. Veridian E-Journal Silpakorn University. 2017; 10(3): 2492-506. (in Thai).
9. Sarapun A, Sirisopon N, Kainaka P, et al. Factors Ralated to a Fall Prevention Behaviors of Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):215-22. (in Thai)
10. Pegreffi F, Balestra A, De Lucia O, Smith L, Barbagallo M, & Veronese N. Prevalence of Sarcopenia in Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Medicine. 2023 ;12(4): 1532-45.
11. Richmond JC. The treatment of osteoarthritis in the middle-aged athlete. Sports Medicine and Arthroscopy Review. 2013 ;21(1):120-4.
12. Bunsanong T, Chaimongkol N, Deoisres W. A Pilot Study of a Self-Management Support Intervention in Middle-Aged Women with Knee Osteoarthritis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1):331-9. (in Thai)
13. Brandt, K. D. Osteoarthritis diagnosis: Avoiding the pitfalls. The Journal of Musculoskeletal Medicine, 2010 ;27(11),445-51.
14. Pukemayung L. Factors Related to Fear of Falling Among Older Adults with Osteoarthritis of the Knee. Journal of Health and Nursing Education 2021;27(1):166-81. (in Thai)
15. Poncumhak P, Suwannakul B, & Srithawong A. Validity of five times sit to stand test for the evaluation of risk of fall in community-dwelling older adults. Bulletin of Chiang Mai Associated Medical Sciences. 2016;49(2): 236-44. (in Thai)
16. Klinpudtan N, Tongma S, Klinchet N. et al. Nurses' Role in Home Care's Older Adult with Frailty. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2):50-7. (in Thai)
17. Shane Anderson A, & Loeser RF. Why is osteoarthritis an age-related disease? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010; 24(1):15-26.
18. Foley SJ, Lord SR, Srikanth V, Cooley H, & Jones G. Falls risk is associated with pain and dysfunction but not radiographic osteoarthritis in older adults: Tasmanian Older Adult Cohort study. Osteoarthritis Cartilage. 2006; 14(6):533-9.
19. Arisara A. Factor affecting falls in the elderly Mae Ing of Phu Kam Yao district Prayao province. (Thesis). University of Phayao; 2012. (in Thai)
20. Khowhit D, Kumvan W, Dana K. et al. Factors Related to Falls Among Older Adults in Rural Communities,Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020; 16(1):45-64. (in Thai)
21. Klinpudtan N, Tongma S, Klinchet N. et al. Nursing Care for Elderly People with Knee Osteoarthritis. Region 11 Medical Journal. 2019; 33(2):197-209. (in Thai)
22. Wilfong JM, Perruccio AV, & Badley EM. Examination of the Increased Risk for Falls Among Individuals With Knee Osteoarthritis: A Canadian Longitudinal Study on Aging Population-Based Study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2023; 75(11):2336-44.
23. Howharn C, Onthaisong C, & Pramsathis W. Factors Predicted Falls among Elderly in Northeastern Thailand. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2018; 1(1): 26-38. (in Thai)

อิทธิพลของการสื่อสารในองค์กร ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ที่มีต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแห่งหนึ่ง

The Influence of Organizational Communication and Employee Morale on the Job Performance of Professional Nurses at Public Hospitals in One Province

ผุษดี เจริญวงษ์[1] เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย*[2] กาญจนา ศรีสวัสดิ์[2]
Phusadee Charoenwong[1] Premruetai Noimuenwai*[2] Kanjana Srisawad[2]
[1]นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
[1]Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration
School of Nursing Sukhothai Thammathirat University, Nonthaburi Thailand 11120
[2]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
[2]School of Nursing Sukhothai Thammathirat University, Nonthaburi Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับของการสื่อสารในองค์การ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแห่งหนึ่ง และ 2) ศึกษาอิทธิพลของระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เงินเดือน การสื่อสารในองค์การ และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแห่งหนึ่งที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจำนวน 188 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเกิดจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาจากแบบสอบถามที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลขวัญและกำลังใจ 3 แบบสอบถาม มี 4 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับการสื่อสารในองค์การ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับดี ที่ร้อยละ 3.97 , 3.95 และ 3.84 ตามลำดับ และ 2) การสื่อสารในองค์การ และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 36.40 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

คำสำคัญ: การสื่อสารในองค์กร, ขวัญและกำลังใจ, การปฏิบัติงาน, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This study aimed (1) to study the level of organizational communication, employee morale, and job performance of professional nurses at public hospitals in one province and (2) to study the influence of length of work, salary, organizational communication and employee morale on the job performance of professional nurses at public hospitals.

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

วันที่รับ (received) 21 พ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 31 ม.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.พ. 2567

The sample of this descriptive research comprised 188 professional nurses at public hospitals in one province. They were recruited by Multi-stage random sampling method.The research instrument was developed from a questionnaire that studied factors affecting morale[3]. The questionnaire consists of 4 parts, which have been examined for content validity and Cronbach's alpha coefficient by 5 experts. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and stepwise multiple regression analysis.

The findings were as follows: (1) Professional nurses rated their organizational communication, employee morale, and job performance at a high level; and (2) the variables of organizational communication and employee morale influenced and statistically predicted job performance of professional nurses, and both of them jointly explained 36.40 percent of the variance in job performance of professional nurses at the .001 level of significance.

Keywords: Organizational communication, Employee morale, Job performance, Professional nurse

บทนำ

พยาบาลวิชาชีพเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพและเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ เนื่องจากพยาบาลเป็นกำลังคนที่มีสัดส่วนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ และลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดกับผู้รับบริการ เริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลและการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ การนำแผนการรักษาของแพทย์สู่การปฏิบัติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวมและความเป็นปัจเจกบุคคล

การปฏิบัติงานหมายถึงพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรที่กระทำตามบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานขององค์กร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร[1] โดยการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านองค์กร ครอบคลุมถึงการดำเนินงานของบุคลากรที่มีความรู้ที่เป็นปัจจุบัน ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงาน การสื่อสารในองค์กรทั้งการพูดและการเขียน และการควบคุมกำกับการใช้ทรัพยากร โดยจะต้องใช้ทรัพยากรให้น้อยที่สุด แต่เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่ามากที่สุด เพื่อให้งานนั้นประสบผลสำเร็จ[1] ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน หมายถึงสภาพทางจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมที่เป็นแรงขับภายใน ของบุคคลที่ได้รับอิทธิพล แรงกดดัน หรือสิ่งเร้าจากปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคลากรที่มีต่องานที่ทำที่สะท้อนให้เห็นถึงการทำงานของบุคคลในองค์กร ความตั้งใจในการปฏิบัติงานอย่างสุดความสามารถ เพื่อความสำเร็จความสำเร็จของการปฏิบัติงานตามเป้าหมายขององค์กร[2,3,4] เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน เกิดความรักต่อองค์กร เกิดความสามัคคี เกิดมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีในองค์กร เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาองค์กร และทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเชื่อมั่นต่อองค์กรของตนเอง[5] ขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงานกระตุ้นให้บุคลากรเกิดแรงผลักดันให้สามารถดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคลากรเกิดความร่วมมือ ร่วมใจในการปฏิบัติงาน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน เกิดความเชื่อมั่นระหว่างองค์กรและบุคคล อันนำไปสู่การมีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติงานการมีระเบียบวินัยและเต็มใจในการปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร มีแรงจูงใจและความสนใจในการปฏิบัติงาน และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์[6]

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านต่างๆ เช่น ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เงินเดือน การสื่อสารในองค์การ และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแห่งหนึ่ง ในช่วงที่ยังคงมีการระบาดของโรคโควิด 19 และยังคงมีผู้ป่วยโรคโควิด-19 เข้ารับบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานต่อองค์กรทางการพยาบาลในการพัฒนาแนวทางในการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ

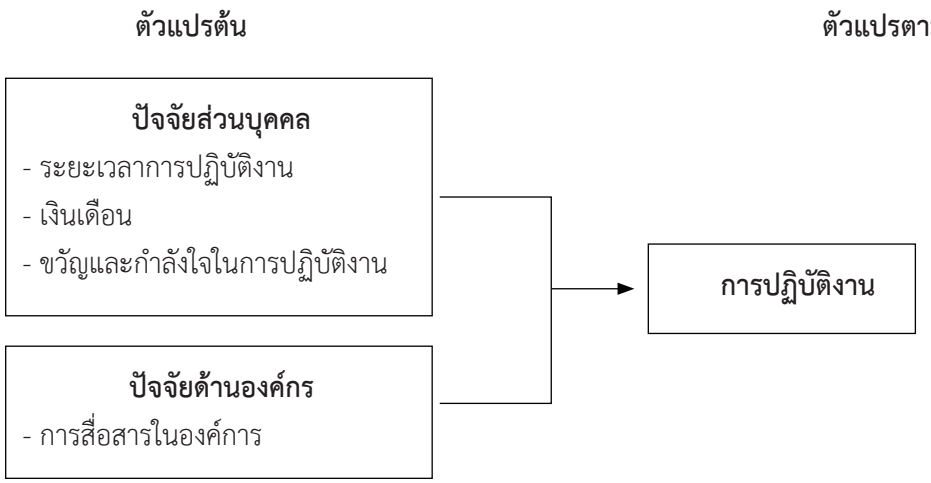
ตติยภูมิ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ อันจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจในงานและคงอยู่ในงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของการสื่อสารในองค์การ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดแห่งหนึ่ง

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เงินเดือน การสื่อสารในองค์การ และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของนักวิชาการที่ศึกษาขวัญและกำลังใจ[3] เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยกล่าวว่า ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานเป็นการรับรู้ของบุคลากรประกอบด้วยมิติต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกต่องาน อนาคต/เป้าหมาย และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อตนเองและผู้อื่นผ่านกระบวนการทางอารมณ์และการสื่อสาร ซึ่งส่งผลต่อทั้งปริมาณและคุณภาพของงาน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านองค์กร ซึ่งปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน เงินเดือน และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ การสื่อสารในองค์กร การศึกษาครั้งนี้มีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับการสื่อสารในองค์การ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดแห่งหนึ่ง อยู่ในระดับดี

2. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เงินเดือน การสื่อสารในองค์การ และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเป็นเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดแห่งหนึ่ง จำนวน 1,483 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling size) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดแห่งหนึ่ง อย่างน้อย 2 ปี โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มโดยการสุ่มแบ่งเป็นแบบหลายขั้นตอน ทำการสุ่มโรงพยาบาลแต่ละขนาด อย่างละ 1 แห่ง จากนั้นนำมาคำนวณหาอัตราส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากอัตราส่วน 20% ของบุคลากรทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 188 คน

เครื่องมือการวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับจากการศึกษาเอกสารและแบบสอบถามจากงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบคำตอบเดียว (Multiple Choice Questions) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ตำแหน่งการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และเงินเดือนที่ได้รับต่อเดือน จำนวน 5 ข้อ และในส่วนที่ 2-4 เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 2) การปฏิบัติงาน 12 ข้อ 3) การสื่อสารในองค์กร จำนวน 12 ข้อ 4) ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 15 ข้อ ตรวจค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม พบว่า มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ .80 , .80 และ 1.0 ตามลำดับ และ ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .873 , .889 และ .804 ตามลำดับโดยงานวิจัยครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมหลังจากการขออนุญาต โดยนำแบบสอบถาม ใส่ซองสีน้ำตาลทึบขนาด A4 แจกให้กับกลุ่มตัวอย่างและเมื่อทำแบบทดสอบเสร็จเรียบร้อย ส่งแบบทดสอบคืนใส่ซองน้ำตาลปิดผนึก

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติคำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เกณฑ์การแปลผล ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ตัวแปรอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีตัวแปรอยู่ในในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีตัวแปรอยู่ในในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ตัวแปรอยู่ในในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ตัวแปรอยู่ในในระดับน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์จาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช และ โรงพยาบาลพุทธโสธร เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 18/2566 ให้ไว้ ณ วันที่ 16 มิถุนายน 2566 วันสิ้นสุดการอนุมัติ วันที่ 16 มิถุนายน 2567 และเอกสารรับรองของโรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ 026/2566 ให้ไว้ ณ วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 วันสิ้นสุดการอนุมัติ วันที่ 19 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเป็นพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ จำนวนทั้งหมด 188 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 183 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.76 ปี มีตำแหน่งที่ปฏิบัติเป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 87.8 และ มีรายได้ที่ได้รับต่อเดือนจากการปฏิบัติการพยาบาล 40,001 บาท ขึ้นไป มากที่สุด จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8

ตารางที่ 1 ตารางแสดง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสื่อสารในองค์กร (n=188)

การสื่อสารในองค์กร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การสื่อสารแนวนอน			
1. ฉันเคารพความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานเสมอ	4.26	.04	มากที่สุด
2. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะใช้คำพูดที่รุนแรงทำร้ายจิตใจเพื่อนร่วมงาน	4.19	.06	มาก
3. ฉันพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานอย่างสุภาพและตรงไปตรงมา	4.15	.05	มาก
4. ฉันพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานโดยเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสม	4.14	.04	มาก
5. ฉันระมัดระวังคำพูดในการโต้ตอบเพื่อนร่วมงาน	4.09	.04	มาก
6. ฉันมักจะสังเกตท่าทางภาษากายเพื่อเข้าช่วยเหลือผู้อื่นได้ทันทีโดยไม่ต้องร้องขอ	4.05	.04	มาก
การสื่อสารแนวตั้ง			
7. ผู้บังคับบัญชาพูดคุยกับฉันอย่างสุภาพเสมอ ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ฉัน	3.86	.05	มาก
8. ฉันได้รับการชี้แจงเป้าหมายของงานที่ได้รับมอบหมายอย่างชัดเจน	3.84	.04	มาก
9. เมื่อฉันแสดงความคิดเห็น ผู้บังคับบัญชาจะตั้งใจฟังเสมอ	3.80	.05	มาก
10. การทำงานที่ราบรื่นของฉันเกิดจากการที่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ			
จากผู้บังคับบัญชา	3.79	.05	มาก
11. ผู้บังคับบัญชาของฉันให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างรวดเร็ว			
ทันสถานการณ์ ต่อ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	3.77	.05	มาก
12. ผู้บังคับบัญชาของฉันให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทำให้ฉันเข้าใจ	3.75	.05	มาก

จากตารางด้านบนพบว่า การสื่อสารในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ พบว่า ค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 3.97, SD = 0.037) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยการสื่อสารในแนวนอน จะได้คะแนนสูงสุดใน 3 ลำดับแรก โดยข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด คือ ข้อ 5 ฉันเคารพความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานเสมอ มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$= 4.26, SD = 0.042) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ด้านการสื่อสารแนวตั้ง คือ ข้อ 7 ผู้บังคับบัญชาของฉันให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทำให้ฉันเข้าใจ มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.75, SD = 0.051)

ตารางที่ 2 ตารางแสดง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของขวัญและกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ (n=188)

ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน	$\overline{X}$	SD	ระดับ
1. ฉันมองไม่เห็นอนาคตในงานของฉัน	4.11	.06	มาก
2. ฉันถูกตำหนิในงานที่ทำอย่างไม่เป็นธรรม	4.07	.06	มาก
3. ฉันเข้าใจถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของงานที่ฉันปฏิบัติ	4.05	.04	มาก
4. บุคลากรในที่ทำงานปฏิบัติกับฉันเป็นอย่างดี	4.04	.05	มาก
5. ฉันเชื่อว่าสิ่งที่ฉันทำช่วยทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในงาน	4.04	.04	มาก
6. บุคลากรในหน่วยงานของฉันต่างเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัวมากกว่าส่วนรวม	4.03	.04	มาก
7. บุคลากรในหน่วยงานของฉันมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	4.01	.04	มาก
8. บุคลากรในหน่วยงานของฉันมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	4.01	.04	มาก
9. บุคลากรในหน่วยงานของฉันมีศักยภาพในการปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก	4.00	.04	มาก
10. ฉันเชื่อว่าสิ่งที่ฉันปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อองค์กร	3.98	.05	มาก
11. ฉันรู้สึกว่าฉันมีศักยภาพในการทำงานเหมือนกับบุคคลอื่นๆในองค์กร	3.95	.04	มาก
12. ฉันภูมิใจที่ได้ทำงานด้านการพยาบาล ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	3.92	.05	มาก
13. การปฏิบัติงานของฉันในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สูงกว่าช่วงก่อนการแพร่ระบาด	3.75	.05	มาก
14. ฉันได้รับค่าเสี่ยงภัยจากการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	3.65	.07	มาก
15. ฉันได้รับคำชมเชยในการปฏิบัติงานของฉันในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	3.59	.06	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.95	.028	มาก

จากตารางด้านบนพบว่าขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ พบว่า ค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.95, SD = 0.028) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 9 ฉันมองไม่เห็นอนาคตในงานของฉัน มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.11, SD = 0.060) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 1 ฉันได้รับคำชมเชยในการปฏิบัติการของฉันในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.59, SD = 0.066)

ตารางที่ 3 ตารางแสดง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ (n=188)

การปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ฉันได้ รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น	4.13	.05	มาก
2. ฉันปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล	4.09	.04	มาก
3. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ฉันต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อนำไปสู่ผลงานที่ดีมีคุณภาพ	4.02	.05	มาก
4. ฉันมุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเพื่อให้งานสำเร็จ	3.95	.05	มาก
5. ฉันมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน	3.94	.05	มาก
6. ฉันมุ่งมั่นทำงานให้เสร็จแม้ต้องทำงานนอกเวลา	3.88	.06	มาก
7. ฉันรู้สึกมีคุณค่าที่ได้ทำประโยชน์เพื่อองค์กร	3.86	.05	มาก
8. ผลงานของฉันมีคุณค่าต่อองค์กร	3.70	.05	มาก
9. ฉันได้รับการชื่นชมเมื่อทำงานสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร	3.69	.05	มาก
10. ฉันมักจะคิดริเริ่มสิ่งใหม่ๆ ในงานที่ฉันกำลังทำ	3.64	.05	มาก
11. ผู้บังคับบัญชาให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของฉันที่เป็นประโยชน์	3.61	.06	มาก
12. ฉันมีการปฏิบัติงานที่ดีเนื่องจากการทำงานอย่างหนักของฉัน	3.56	.05	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.84	.036	มาก

จากตารางด้านบน การปฏิบัติงาน ของ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ พบว่า มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.84, SD = 0.036) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ข้อที่ ข้อ 11 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ฉันได้ รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 4.13 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.13, SD = 0.053) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 12 ฉันมีการปฏิบัติการที่ดีเนื่องจากการทำงานอย่างหนักของฉัน มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.56, SD = 0.054)

ตารางที่ 4 ตารางแสดง ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าสู่สมการ ถดถอยสัมประสิทธิ์การทำนาย (R2) การทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ การทำนายที่เพิ่มขึ้น (R2 Change) ในการทำนายขวัญและกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพ (n=188)

ตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 Adjusted	R^2 Change	F Change	p-value
การสื่อสารในองค์กร	.576a	.332	.329	.332	92.506	.000 ***
การสื่อสารในองค์กรและขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน	.603b	.364	.357	.031	9.143	.000 ***

*** p <.001

จากตารางแสดงถึงการสื่อสารในองค์กร และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐได้ร้อยละ 36.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การสื่อสารในองค์กร ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารในองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสื่อสารในองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลพบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ข้อ 5 ฉันเคารพความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานเสมอ” เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพตระหนักและให้ความสำคัญความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานอย่างมาก เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัย ที่ศึกษาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลในช่วง COVID-19 พบว่าพยาบาลให้ความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ในระดับองค์กร ระดับหน่วย และระดับเพื่อนร่วมงาน[7]

2. ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ขวัญและกำลังใจในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ “ข้อที่ 9 ฉันมองไม่เห็นอนาคตในงานของฉัน” อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.76 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเจนเนอเรชั่นวาย หมายถึงผู้ที่ อายุตั้งแต่ 23-43 ปี ซึ่งลักษณะเด่นของกลุ่มเจนเนอเรชั่นวาย จะมีความทะเยอทะยานความมุ่งมั่นต่อความสำเร็จ และความก้าวหน้าในอาชีพ ต้องการรูปแบบชีวิตที่มีความยืดหยุ่น ต้องการการดำเนินชีวิต ที่ท้าทาย แสวงหาโอกาสในการทำงาน จากลักษณะดังกล่าว จึงให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นอย่างมาก มีความต้องการความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต จึงมีแนวคิดในการพัฒนาตนเองเติบโตในสายงานมากขึ้น เช่น การเรียนต่อเฉพาะทางการปรับระดับวิทยฐานะ รวมไปถึง การเตรียมตัวเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าแผนกต่อไป เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน ประกอบกับกลุ่มอายุดังกล่าวนั้นเรียนจบมาประมาณ 10 ปี ซึ่งสามารถปรับตัวและเข้าใจในระบบการทำงานต่าง ๆ ของหน่วยงานมากขึ้น และมีจุดสมดุลของอารมณ์มากกว่าสมัยวัยรุ่น

อย่างไรก็ตาม ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “ข้อที่ 1 ฉันได้รับคำชมเชยในการปฏิบัติการของฉันในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19” อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานพยาบาลในสถานการณ์โควิด 19 เป็นภาระงานที่หนัก และมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 จำนวนมาก ในบางพื้นที่ต้องดูแลผู้ป่วยหนักที่มีความซับซ้อนของโรคเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้รับบริการยังมีความคาดหวังจากการบริการ ทำให้พยาบาลวิชาชีพ มีความกดดันและความเครียดจากการปฏิบัติงาน เนื่องจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งการรับมือและการเตรียมพร้อมในการให้บริการจึงยังไม่ดี ปัจจัยดังกล่าวทั้งภาระงานที่หนักขึ้น และปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้น ส่งผลทำให้ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพลดลง สอดคล้องกับงานวิจัย ที่ศึกษาเปรียบเทียบขวัญกำลังใจของแพทย์ในสถานพยาบาลทางเลือกสำหรับผู้ป่วยโควิด 19 (ACS) กับขวัญกำลังใจของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปในรัฐแมรี่แลนด์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปริมาณงาน มีผลกระทบต่อขวัญกำลังใจและความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน[8] และงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจของพนักงานโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจของพนักงาน ได้แก่ ทรัพยากรไม่เพียงพอสำหรับการทำงาน ค่าตอบแทนต่ำ ภาระงานหนัก การจัดการการปฏิบัติการไม่เพียงพอ ขาดทางเลือกในการพัฒนาอาชีพ และขาดโอกาสในการฝึกอบรม[9]

3. การปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้การปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด คือ ข้อ 11 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ฉันได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ทั่วโลกยังไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้กระบวนการเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อไม่สามารถควบคุมได้ และเชื้อไวรัสมีการแพร่เชื้อระหว่างบุคคล โดยผ่านละอองฝอย จากการไอจาม ทำให้แพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและเป็นวงกว้าง ซึ่งในประเทศไทย มียอดผู้ป่วยติดเชื้อสะสมเป็นจำนวนมาก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์รวมถึงพยาบาลวิชาชีพต้องดูแลผู้ป่วย ในจำนวนที่มากขึ้น ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคอื่นๆ ยังคงมีจำนวนมากเช่นกัน จึงทำให้พยาบาลต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่า

4. อิทธิพลของการสื่อสารในองค์การ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และเงินเดือนต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ ผลการศึกษาพบว่าการสื่อสารในองค์กร และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐได้ โดยการสื่อสารในองค์กรเป็นตัวแปรแรกที่เข้าสมการและพยากรณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลโรงพยาบาลรัฐได้ร้อยละ 36.4 ที่ระดับนัยสำคัญ .001 สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัย ที่ศึกษาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลในช่วงโควิด-19 โดยพบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในระดับองค์กรระดับหน่วยและในหมู่เพื่อนร่วมงานพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ[7]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาแนวทางการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาผลการปฏิบัติงานอย่างยั่งยืน

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญและส่งเสริม ในการพัฒนาตนเอง เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ มีความสนใจในการวางแผนอนาคตในงานของฉัน ควรส่งเสริมความก้าวหน้า ในวิชาชีพให้ชัดเจนมากขึ้น

3. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรเข้าใจถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ความถนัดและความสามารถเฉพาะ และข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ควรมีการมอบหมายงานให้เหมาะกับบุคคล

4. ควรมีการกำหนดนโยบายในเรื่องของการประเมินผลความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ให้ชัดเจน เช่น กำหนดกรอบเวลาในการประเมินผลความสำเร็จของการปฏิบัติงาน เพื่อให้ข้าราชการและบุคลากร มีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เช่น ความสำเร็จในการทำงาน ความรับผิดชอบ ความมั่นคงในงาน ลักษณะงาน ด้านความสมดุลในการทำงาน ความเครียด ภาระงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นต้น

2. การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารในองค์กรที่มีผลเพิ่มขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานและการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

3. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลระดับลึกมากขึ้น เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานและการปฏิบัติงาน

References

1. Ramawickrama J, Opatha Hgt, Pushpakumari M. A Synthesis towards the Construct of Job-Performance. International Business Research 2017;10(10):66-81. (in thai)
2. Meechamnan S. Improving the quality of life of the elderly of local government organizations-in Nakhon Pathom Province. Eau heritage Journal. 2020;10(3): 269-81. (in thai)
3. Hardy B.Morale: Definitions, Dimensions and Measurement. Apollo - University of Cambridge Repository. 2010
4. Achmad M, Aulia R, & Sarifudin S. Dominant Factors Affecting Nurse Performance In Generalwards : A Systematic Review. 2023
5. Kongdee P. The Morale for Job Performance of Personnel under Non-Formal Education and Informal Education Nakhonsawan Province. Bangkok:Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2013. (in thai)
6. Nakwichai S. The Morale in Work Practice of Teachers. Journal of Roi Kaensarn Academi, 2017;2(2):16–29 (in thai)
7. Simonovich SD, Sparlark RS, Badowski D, Krawczyk S, Soco C, Ponder TN, Rhyner D, et al. Examining effective communication in nursing practice during COVID-19: A large-scale qualitative study. International nursing review. 2021;68(4):512-23.
8. Washburn C, Kantsiper M, Esteve R, Gupta I, Memon G, Michtalik H, et al. Comparison of hospitalist morale in a COVID-19 alternate care site (ACS) to hospitalist morale inconventional hospitals in Maryland. PLOS ONE. 2023;18(8):1-10.
9. Chipeta J. Factors That Affect Staff Morale in Tertiary Hospitals in Malawi: A Case Study of Kamuzu Central Hospital. Journal of Human Resource and Sustainability Studies. 2014;2(4):230-8.
10. Kempanya P, Reungsuksud P, & Sakonnakhon P, Koteprom J, Intharakasem S, Summart U. Predicting Factors of Happiness at Work of Faculty Staffs of Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University. Journal Royal Thai Army Nurses. 2023;23(3):119-27. (in thai)
11. Hannarong B. Strategies on Morale Enhancement and Encouragement at Work for the Personnel of the Royal Thai Army Hospital in Ratchaburi Province. Journal Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Supplement:206-13. (in thai)

ผลของโปรแกรมสร้างสุขต่อระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

Effect of the Happiness Program on the Level of Happiness among Caregivers of Elderly with Dementia in Mae Lao District, Chiang Rai Province

พิกุล ทองรักษ์*[1] กฤษณา พุทธวงค์[1] วราภรณ์ แย้มมีศรี[2] นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช[2] พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์[2]
Pikul Thongruk*[1] Krissana Puttawong[1] Waraphorn Yaemmisri[2] Nongyao Mongkhonittivech[2] Pimrat Boonyapak[2]
[1]โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย, ประเทศไทย 57250
[1]Maelao Hospital Chiang Rai, Thailand 57250
[2]กลุ่มวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, ประเทศไทย 57100
[2]Aged care team School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand 57100

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขต่อระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เลือกแบบเจาะจง จำนวน 28 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างสุข 8 กิจกรรม สัปดาห์ ละ 1 ครั้งจำนวน 4 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัย 1) โปรแกรมสร้างสุข 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสุขคนไทย 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired-t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีระดับความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 28.85 เป็น 32.32 ($p<.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสามารถนำโปรแกรมสร้างสุขนี้ ไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ยังคงมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย และเป็นแนวทางสำหรับการนำโปรแกรมสร้างสุขไปปรับใช้ในผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างสุข, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุสมองเสื่อม

Abstract

This quasi-experimental research design, one group pre-post test design, aimed to examine the Happiness Program's effect on the happiness level among caregivers of older adults with dementia. The study sample consisted of 28 participants who were caregivers responsible for older adults with dementia and were selected through purposive sampling. The experimental group received the Happiness Program, which comprised eight activities once a week for four weeks. The research tools included 1) The Happiness Program, 2) Personal data record forms., and 3) The 15-item Thai Happiness Assessment. The data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Corresponding Author: *E-mail: pikul64@gmail.com

วันที่รับ (received) 25 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 เม.ย. 2567

Before delivering the Happiness Program, the research findings revealed that caregivers of elderly with dementia had an average happiness score of 28.85, which was lower than the general Thai population. However, after participating in the happiness program, the experimental group showed a remarkable and statistically significant increase in average happiness scores, from 28.85 to 32.32 ($p < .001$). This research underscored the potential of the happiness program to be continuously implemented for caregivers of the elderly with dementia. It served as a guideline for adapting the happiness program for caregivers of other patient groups.

Keywords: Happiness Program, Caregivers, Elderly with Dementia

บทนำ

โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก โดยสถิติจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่า มีผู้สูงอายุทั่วโลกอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีรวมทั้งสิ้น 55 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 10 ล้านคนต่อปี[1] สำหรับประเทศไทยปัญหานี้ก็มีความรุนแรงเช่นกัน ข้อมูลจากสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยในปี 2019 และ 2020 รายงานว่า มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 628,800 และ 651,950 คนตามลำดับ แสดงถึงการเพิ่มขึ้นที่ประมาณ 23,150 คนต่อปี หรือเพิ่มขึ้น 3.68% [2,3]

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มของอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติในการทำงานของสมองที่เกิดอย่างช้าๆ และค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถในการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง จากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ และมีความเสื่อมถอยมากกว่าที่พบในคนสูงอายุปกติ[4] โรคนี้ส่งผลให้เกิดบกพร่องทางความจำ การตัดสินใจ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคำนวณ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) โดยอารมณ์ซึมเศร้าเป็นอาการสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุด ในกลุ่มผู้สูงอายุ[5] ในระยะสุดท้ายของโรคสติปัญญาจะเสื่อมถอยลงอย่างมาก สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน บางรายไม่สามารถพูดสื่อสารความต้องการของตนเองให้กับครอบครัวได้ แสดงให้เห็นถึงการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ยากต่อการรักษา ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ชัดเจน และหายขาด มีเพียงแต่ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของสมอง โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ [6]

อาการผิดปกติเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงระยะยาว ภาวะทุพพลภาพเป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแล ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของบทบาทของสมาชิกในครอบครัว หน้าที่การงาน เศรษฐกิจ และต้องรับมือกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ และไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด เกิดการตอบโต้กันทางอารมณ์และคำพูดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นน้อยลง ซึ่งล้วนเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เหล่านี้ได้จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง จึงถือได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็น “โรคครอบครัว” สมาชิกในครอบครัวจะกลายเป็นบุคคลสำคัญที่ทำบทบาทผู้ดูแล[7] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องภาระการดูแลของผู้ดูแล (care giver burden) คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาล พบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่ลง[8] รวมถึงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในประเทศญี่ปุ่น พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นคือผู้ป่วยที่ยากจนและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาการบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า[9] ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับได้รับการช่วยเหลือดูแลประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลและภาระหน้าที่ของผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมาก โดยการดูแลที่มีความสมดุลและมีความเข้าใจต่อภาระหน้าที่ของผู้ดูแล การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การเข้าใจและการเห็นใจที่เพียงพอจากผู้ดูแล จะช่วยลดความเครียดและความรู้สึกภาระหน้าที่ของผู้ดูแลได้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทางบวก จากการศึกษานี้มีความสำคัญมากในการพัฒนากลไกการสนับสนุนและการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างความสุขภาพทั้งทางกายและจิตให้กับผู้ดูแลในระยะยาว โดยการเสริมสร้างความรู้เข้าใจความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม และวิธีการดูแล การจัดการปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ จะสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่ยาวนาน[7] สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างความสุข (happiness) และความหวัง (hope) ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยโปรแกรมนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อช่วยเสริมสร้างอารมณ์ที่ดีและส่งเสริมการรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทาย โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางจิตใจและการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดและภาระหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่ท้าทาย ผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรม พบว่าผู้ดูแลมีความสุขและความพึงพอใจในการดูแลมากขึ้น[5]

นอกจากนี้ยังพบว่ามีแนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) ของ Archbold เป็นแนวคิดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลในการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่บ้าน แนวคิดหลัก ๆ คือ การสนับสนุนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสมาชิกสูงอายุในครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์และการสนับสนุนในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว[10] จากแนวคิดดังกล่าวมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับประสบการณ์ตามบริบทของคนไทยที่เน้นให้สมาชิกในครอบครัวดูแลซึ่งกันและกัน แนวคิดในการดูแลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแล เช่น เพศ อายุ เศรษฐานะ สุขภาพและความพร้อมในการดูแล เป็นต้น 2) การดูแลของครอบครัว ประกอบด้วย กิจกรรมที่ต้องดูแล การได้รับความช่วยเหลือและการทำนายการดูแล 3) การตอบสนองของครอบครัวในการดูแลจากประสบการณ์ แบ่งออกเป็นทั้งด้านลบ และด้านบวก ด้านลบ เช่น ผู้ดูแลรู้สึกเครียด (caregiver role strain) ในการแสดงบทบาทของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากภาระความรับผิดชอบที่สูงขึ้น และภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นต้น และส่วนด้านบวก เช่น ผู้ดูแลรู้สึกภูมิใจในการทำหน้าที่ลูกที่ดี เป็นรางวัลในการดูแล (rewards of family care) เนื่องจากตนเองได้ตอบแทนผู้สูงอายุที่เคยดูแลตนเองมาก่อน 4) ผลลัพธ์จากการดูแล เช่น สุขภาพของผู้ดูแล และผู้สูงอายุ

ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต ได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) ของ Archbold มาพัฒนาประยุกต์กิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของสังคมได้ โดยได้สร้างเป็นโปรแกรมการสร้างสุขวัยทำงาน 8 กิจกรรมหลัก[11] ที่เน้นการสร้างสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 1) การค้นหาจุดดีของตนเองและ 2) การค้นหาจุดดีของผู้อื่น เน้นการรับรู้และการยอมรับคุณค่าของตนเองและผู้อื่นในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับคุณค่าและความสำคัญของแต่ละบุคคลภายในครอบครัวและชุมชน 3) การดูแลครอบครัว การสร้างความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อสนับสนุนทางอารมณ์และความเข้าใจต่อกันในครอบครัว และสร้างความสัมพันธ์ที่แข็งแรง 4) การตอบสนองของการดูแลครอบครัว การเสริมสร้างการมีสมดุลชีวิต โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพทั้งกายและจิตใจ และการให้ความสนับสนุนที่เหมาะสมในการดูแล การสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล โดยการให้ความสำคัญกับการรักษาความสมดุลทางจิตใจและการรับมือกับสถานการณ์ที่ต่าง ๆ ในชีวิต 5) การมีสมดุลชีวิตด้วยหลัก 8-8-8 เน้นให้ความสำคัญกับสุขภาพทั้งกายและจิตใจ โดยให้ความสำคัญกับการรักษาสุขภาพด้านกายและสภาวะทางจิตใจให้ดีที่สุด 8 ชั่วโมงนอน 8 ชั่วโมงทำงาน และ 8 ชั่วโมงสำหรับกิจกรรมและการพักผ่อน 6) การเป็นจิตอาสาและทำประโยชน์ให้ผู้อื่น การเน้นการให้ความสำคัญกับการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้อื่นในชุมชน โดยการเป็นอาสาสมัครหรือการช่วยเหลือผู้อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ 7) มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ: การเน้นการปรับใจและการจัดการกับความเครียด โดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การทำสมาธิ การหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายหรือการพักผ่อนอย่างเหมาะสม และ 8) ความพึงพอใจในสิ่งที่มีการสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่ในชีวิต โดยการให้ความสำคัญกับสิ่งที่เรามีและการเน้นความสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อมและผู้คนรอบข้าง จะเห็นได้ว่า โปรแกรมสร้างสุข 8 กิจกรรมของกรมสุขภาพนี้เน้นการสร้างสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล โดยให้ความสำคัญกับความร่วมมือและความเข้าใจในครอบครัว การสร้างความ

สัมพันธ์ที่แข็งแรง การมีสมดุลชีวิต และการสร้างความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่ในชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระหน้าที่ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ (Burden) มีความเครียดสูง และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความสุข และความหวังให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แต่ยังไม่พบว่าระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นเช่นไร และมีวิธีการ แนวทางปฏิบัติ หรือโปรแกรมที่สามารถเสริมสร้างความสุขให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในบริบทของสังคมไทย และนำโปรแกรมสร้างสุขของกรมสุขภาพจิตมาประยุกต์ในการสร้างสุขให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมว่าสามารถสร้างสุขให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้หรือไม่ หรือมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสุขให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความสุขก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีระดับความสุขสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) พัฒนาโดย Archbold ร่วมกับโปรแกรมการสร้างสุข 8 กิจกรรม ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 1) การค้นหาจุดดีของตนเองและ 2) การค้นหาจุดดีของผู้อื่น เน้นการรับรู้และการยอมรับคุณค่าของผู้ดูแลและการให้ความสำคัญ ให้คุณค่ากับผู้สูงอายุสมองเสื่อมและสมาชิกทุกคนในครอบครัว 3) การดูแลครอบครัว การสร้างความอบอุ่น การสนับสนุนทางอารมณ์และความเข้าใจต่อกันในครอบครัว 4) การเสริมสร้างการมีสมดุลชีวิตของผู้ดูแล โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพทั้งกายและจิตใจ และการให้ความสนับสนุนการสร้างความมั่นใจในการดูแล การรับมือกับสถานการณ์ที่ต่าง ๆ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล 5) การมีสมดุลชีวิตด้วยหลัก 8-8-8 ได้แก่ 8 ชั่วโมงนอน 8 ชั่วโมงทำงาน และ 8 ชั่วโมงสำหรับกิจกรรมและการพักผ่อน 6) การเป็นจิตอาสาและทำประโยชน์ให้ผู้อื่น การเน้นการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในชุมชน 7) มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ: การเน้นการปรับใจและการจัดการกับความเครียด โดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การทำสมาธิ การหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย หรือการพักผ่อนอย่างเหมาะสม และ 8) ความพึงพอใจในสิ่งที่มีการสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่ในชีวิต โดยการให้ความสำคัญกับสิ่งที่เรามีและการเน้นความสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อมและผู้คนรอบข้างรวมทั้งผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ต้องดูแล ซึ่งโปรแกรมสร้างสุข ทั้ง 8 กิจกรรม นี้ จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถยอมรับและปรับตัว สามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ได้รับการดูแล สนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน มีสัมพันธภาพที่ดี มีความสมดุลของการใช้ชีวิตและมีความสุขในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) 1 กลุ่ม วัดก่อนทดลองและหลังทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมสร้างสุข (pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกระดับที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ช่วงเดือนเมษายน - กันยายน 2565

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตามเกณฑ์ ICD -10) ที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทุกระดับที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ลาว มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักมีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการประเมิน MMSE พบว่าไม่มีความผิดปกติในการรู้คิด 3) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยการพูด การได้ยิน และการมองเห็น

ได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออกคือ ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุและไม่สมัครใจเข้าร่วม การวิจัย เกณฑ์ยุติการวิจัย คือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่อง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 ราย ได้เพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการ dropout ร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 26 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนเป็น 28 ราย[12]

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การใช้สารเสพติด 2) แบบประเมินความสุขของคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Happiness Indicators) ของกรมสุขภาพจิต[13] ที่พัฒนาโดย Mongkol จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมมี 3 ระดับ คือ 51-60 คะแนน หมายถึงมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good) 44-50 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair) และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) แบบประเมินผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงาน ของกรมสุขภาพจิต[11] เป็นโปรแกรมฯที่ผ่านขั้นตอนการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการจัดกิจกรรม โดยมุ่งหวังว่าโปรแกรมสร้างสุขฯนี้จะส่งเสริมให้คนวัยทำงานสามารถดูแลสุขภาพใจของตนเอง ครอบครัวและคนรอบข้างได้ และมีการขับเคลื่อนทางนโยบายอย่างกว้างขวาง ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89[12]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายแล้ว เลขที่ CRPPHO No.50/2565 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากรายงานข้อมูลประจำปีของโรงพยาบาลแม่ลาว เตรียมเครื่องมือขอพิจารณาจริยธรรมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดขึ้นจำนวน 30 รายได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการ ดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนเมษายน - เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 โดยจัดกิจกรรมขึ้นในโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสุขทุก 2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม จนครบ 8 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 - 120 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0) สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำการประเมินความสุขคนไทย (ครั้งที่1) ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุขที่ 1, 2

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข ที่ 3,4

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข ที่ 5,6

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข ที่ 7,8 ประะเมินความสุขคนไทยหลังให้โปรแกรมครบ 4 ครั้ง (ครั้งที่2)

3. ระยะประเมินผลการทดลอง หลังเสร็จสิ้นทั้ง 8 กิจกรรม ผู้วิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความสุขคนไทยก่อนและหลังให้โปรแกรมสร้างสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบข้อมูลความสุขคนไทยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างสุขด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	21.4
หญิง	22	78.6
อายุ		
31-40	4	14.3
41-50	6	21.4
51-60	6	21.4
61-70	8	28.6
71-80	4	14.3
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	10.7
ประถมศึกษา	13	46.4
มัธยมต้น	3	10.7
มัธยมปลาย/ปวช.	6	21.4
อนุปริญญา/ปวส.	2	7.1
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1	3.6
อาชีพ		
พนักงานเอกชน	2	7.1
ธุรกิจส่วนตัว	4	14.3
เกษตรกร	3	10.7
รับจ้างทั่วไป	8	28.6
นักเรียน/นักศึกษา	1	3.6
ว่างงาน	4	14.3
อื่น ๆ	6	21.4

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.6 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 57.1 อยู่ในวัยทำงาน และเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.9 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถม และมีผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 10.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.6

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข ของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างสุข โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 28)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสุข	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนให้โปรแกรมสร้างสุข	28.85	6.24			
หลังให้โปรแกรมสร้างสุข	32.32	4.87	-5.56	27	<0.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนความสุขของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุข เท่ากับ 28.85 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าคนทั่วไปมาก ซึ่งบุคคลทั่วไปของประชากรไทยควรอยู่ที่ระดับคะแนน 44-50 คะแนน[13] และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนและหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือในช่วงเวลาที่ยังไม่ได้ให้โปรแกรมมีค่าคะแนน 28.85 และหลังจากให้โปรแกรมมีค่าคะแนน 32.32 ซึ่งก็ยังคงมีระดับความสุขต่ำกว่าคนไทยทั่วไป

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุข เท่ากับ 28.85 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าคนทั่วไปมาก บุคคลทั่วไปของประชากรไทย ควรอยู่ที่ระดับคะแนน 44-50 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2567) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม กำลังอยู่ในภาวะวิกฤต ทุกข์ทรมาน และต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก จากการที่ต้องเผชิญปัญหารอบด้าน ทั้งการรองรับอารมณ์ หรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม การต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง การต้องแยกจากสังคม รวมทั้งปัญหาด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระการดูแลผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่ลง[8] หลังจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกรมสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสุขคนไทยสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมสร้างสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกรมสุขภาพจิต สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ร้อยละ 42.9 เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาน้อย คือไม่ได้เรียนหนังสือ หรือเรียนในระดับชั้นประถม ก็สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อช่วยสร้างสุขให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมซึ่งมีปัญหาที่ซับซ้อน ยุ่งยาก สร้างภาระ ความเครียด วิตกกังวลหรือผู้ดูแลอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สามารถอภิปรายได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความรู้ มีมุมมองชีวิตที่เปลี่ยนไป เข้าใจตัวเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจสภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิต มีทักษะในการแก้ปัญหาให้กับตัวเองและครอบครัว เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิดที่สร้างสรรค์ผ่านกระบวนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข 8 กิจกรรมร่วมกันกับกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน นอกจากนี้การได้ร่วมแลกเปลี่ยนกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รับฟังผู้อื่น มีโอกาสเปิดเผยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวิธีการดูแลแบบอื่น ๆ มีมุมมองความคิดที่กว้างขึ้น มีวิธีการที่เหมาะสมที่จะนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยในการดูแลของตนเอง ช่วยให้ปัญหาเบาบางลงได้ รับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น และเป็นการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการเข้าใจความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือสังคม ทำให้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องโรค ทักษะในการดูแล การได้รับการช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมในการรักษา ถ้าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม ตามความต้องการจะช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพกายและสุขภาพใจดีขึ้น การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น[14] และจากการศึกษา เรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมว่าเมื่อได้รับรู้ รับฟังจากผู้นำกลุ่ม ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกคนอื่น ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้เพิ่มขึ้น[15] และการศึกษา เรื่องความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการการฝึกทักษะการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และต้องการฝึกวิธีควบคุมอารมณ์ตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรม และการแสดงออกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย[16] ฉะนั้นครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว บรรยากาศผ่อนคลาย ทำให้ความเครียดในการดูแลน้อย[17] ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข จะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้เรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด สร้างสมดุลแห่งความสุขให้กับชีวิตตนเอง พร้อมที่จะเผชิญกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีความสุข

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า 8 กิจกรรมสร้างสุขของกรมสุขภาพจิต โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ชวนคิดชวนคุย ปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม วิธีการนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ และน่าจะส่งผลดีต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาวต่อไป และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นหรือบุคคลในช่วงวัยอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัย บุคลากรด้านสุขภาพ ควรนำโปรแกรมสร้างสุขไปปรับใช้ในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นการสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ มีพลังใจ เพื่อคงความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรศึกษาผลการใช้โปรแกรมสร้างสุขในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครั้งต่อไป โดยศึกษาในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น มีกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้น หรือศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม และควรนำโปรแกรมสร้างสุขไปทดลองใช้กับกลุ่มอื่น ๆ หรือในภาคอื่นของประเทศไทยที่มีมุมมองความเชื่อ วัฒนธรรม และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่แตกต่างกัน เป็นการขยายผลไปใช้ในเชิงลึกและกว้าง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

References

1. World Health Organization. Dementia Key facts 2022.
2. Thai Research Foundation for Elderly Development (ThaiRFED). Situation of Thai Elderly in 2019. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. 2020.
3. Thai Research Foundation for Elderly Development (ThaiRFED). Situation of Thai Elderly in 2020. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. 2021.
4. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia 2018;14(3), 367-429.
5. Nopasat P, & Sunthorachaiya S. The Effects of a Family-Centered Hope-Building Program on Depression in Elderly Patients with Late-Life Depression. Police Nursing Journal 2015;7(1), 85-94. (in Thai)
6. Smolowitz J. Dementia and Delirium. In Harding MM, Kwong J, Roberts D, Hagler D, Reinisch C, editors. Lewis's Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. St. Louis: Elsevier; 2020.
7. Prachuablarp C, Wirojratana V, Jitramontree N, & Viriyavejakul A. The Relationships Between Mutuality, Predictability, and Caregiver Role Strain in Older Persons with Parkinson's Disease. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2015;15(3):235-45. (in Thai)
8. Dawood S. Caregiver Burden, Quality of Life, and Vulnerability Towards Psychopathology in Caregivers of Patients with Dementia Alzheimer's Disease. Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2016;26(3): 892-5.
9. Montgomery W, Goren A, Kahle-Wrobleski K, Nakamura T, & Ueda K. Alzheimer's Disease Severity and Its Association with Patient and Caregiver Quality of Life in Japan: Results of a Community-Based Survey. BioMed Central Geriatrics. 2018;18(2):141-4.
10. Archbold PG, Stewart BJ, Miller LL, Harvath TA, Greenlick MR, & Van Buren L. The PREP system of nursing intervention: A pilot test with families caring for an older member. Research in Nursing & Health. 1995;18(3):3-16.
11. Department of Mental Health. Community Mental Health Program (2nd ed.). Nonthaburi: Prosper Plus Co., Ltd.;2017.
12. Polit D. F, & Hunger BP. Nursing research: Principles and methods. Philadelphia: Lippincott. 1995.
13. National Mental Health Commission Office. Thai Happiness Assessment Scale (THAS-15). Bangkok: National Mental Health Commission Office. 2019.

14. Queluz FNFR, Kervin E, Wozney L, Fancey P, McGrath PJ, & Keefe J. Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: a scoping review. International Psychogeriatrics. 2020;32(1):35-52. doi:10.1017/S1041610219 000243
15. Boonrayong W. Family Burden in Caring for Elderly Patients with Dementia. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine. 1998;1(1):11-7.
16. Sopha Musico. Caregiver Needs in Caring for Dementia Patients. Master's Thesis, Graduate School, Songklanagarind University, Major in Psychiatric Nursing and Mental Health; 2003.
17. Taksinachanekij P, & Kespichayawattana J. Factors related to stresss of caregiver in dementia patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(3):171-9. (in Thai)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง

Factors Related to the Deterioration of Patients with Mild Traumatic Brain Injury

สมฤดี อรรคทิมากูล* ศากุล ช่างไม้ ทิพา ต่อสกุลแก้ว
Somrudee Akkatimakul* Sakul Changmai Tipa Toskulkao
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
College of Nursing, Christian University, Nakhon Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสารที่ศึกษาย้อนหลัง มีวัตุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรงและมีภาวะทรุดลง จำนวน 28 ราย ที่เข้านอนพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 2 โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 โดยใช้แบบบันทึกภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรง ซึ่งมีการหาคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.99 และ ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณณนาและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Ø = -.452) และผลต่างของความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Ø = -.552) อาการเมาสุรามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Ø = -.486) ปัจจัยด้านสุขภาพได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมองหลังการบาดเจ็บชนิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง มีความสัมพันธ์กับชีพจร (Ø = -.469) ภาวะเลือดออกในสมองจากการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Ø = .452) และภาวะสมองช้ำมีความสัมพันธ์ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Ø = -.430) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาวางแผนในการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและการรักษาเบื้องต้นเพื่อลดลดภาวะแทรกซ้อนและลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

คำสำคัญ: การบาดเจ็บที่สมอง, ภาวะทรุดลง, ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง

Abstract

This study was retrospective, documentary research. The objective was to study the personal factors and health factors of the deterioration of patients with mild traumatic brain injury Samples were medical record of patients diagnosed mild traumatic brain injury. And there were deterioration 28 patients who were admitted to neurosurgery department II, Ratchaburi hospital between January 1, 2019 and December 31,2021. The instrument used to collect information includes data collection form of deterioration of patients with mild traumatic brain injury. The content validity index was 0.99 and inter-rater reliability was 0.80 The general data were analyzed using descriptive statistics and correlation analysis between variables using inferential statistics.

Corresponding Author: *E-mail: Akka9734@gmail. com

วันที่รับ (received) 31 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.ค. 2566

The result found that the personal factors such as gender, was associated with systolic blood pressure (Ø = -.452) and pulse pressure (Ø = -.552), as well as drunken condition was associated with systolic blood pressure (Ø = -.486). Health factors include post-traumatic of intracerebral hemorrhage in a type of Subdural hemorrhage was associated with pulse rate (Ø = -.469), traumatic intracerebral hemorrhage was associated with systolic blood pressure (Ø = .452) and cerebral contusion was associated with Diastolic blood pressure (Ø = -.430) at a statistically significant ($p<.05$).

This research showed that the relevant health care team must define the planning to develop guidelines to care for them, especially, the Computerized thermographic scan for investigation and primary treatment to reduce complications and life-saving.

Keywords: Traumatic Brain Injury, Deterioration, Patients with Mild Traumatic Brain Injury

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นต่อศีรษะจากหนังศีรษะที่อยู่ภายนอกสุดไปจนถึงแกนสมองที่อยู่กลางศีรษะ โดยเกิดจากแรงภายนอก[1] ซึ่งส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury: TBI) ที่สามารถจัดแบ่งกลุ่มตามระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บสมอง (Consciousness) โดยใช้กลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow Coma Scale: GCS) ซึ่งเป็นมาตรวัดที่ใช้ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง[2] สามารถจำแนกเป็นผู้บาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง (Mild TBI) CGS = 13-15 ผู้บาดเจ็บที่สมองปานกลาง (Moderate TBI) CGS = 9-12 และผู้บาดเจ็บที่สมองรุนแรง (Severe TBI) CGS = 3-81 ภายหลังการบาดเจ็บส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการ[3]

จากรายงานของกองบริหารการสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิต 36 รายต่อแสนประชากรจากการบาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนซึ่งเป็นอันดับ 1 ของโลก[4] ซึ่งพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2563 ถึงปัจจุบัน มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 14,365 คน/ปี หรือวันละ 40 คน มีผู้บาดเจ็บนอนรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 918,756 คน/ปี โดยการบาดเจ็บศีรษะมักพบในกลุ่มอายุ 36-60 ปี[4] และเป็นสาเหตุการเกิดภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและทำให้กลายเป็นบุคคลไร้ความสามารถ[5] ในการบาดเจ็บของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นการบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง โดยเกิดจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 60 การพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 20-30 และ การทำร้ายตนเองหรือถูกทำร้ายร้อยละ10[6] ในบางรายมีการเกิดการบาดเจ็บที่สมองซ้ำทำให้มีกระบวนการหายของสมองที่ได้รับบาดเจ็บมีความล่าช้า ส่งผลเสียต่อสติปัญญาและการรับรู้[7] ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียทั้งแรงงานและงบประมาณจำนวนมากนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม

จากสถิติการรับผู้ป่วยของหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 2 โรงพยาบาลราชบุรี ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 670, 524 และ 621 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองคิดเป็นร้อยละ 36.91, 28.87 และ 48.95 ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด ซึ่งเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองในกลุ่มที่มีการบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรงมีจำนวนมากและยังพบว่า ในสถิติย้อนหลังที่ได้ทำการศึกษานั้นมีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีภาวะทรุดลงคิดเป็นร้อยละ 2 และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวน 2 รายซึ่งถือว่าไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดของหน่วยงานที่กำหนดไว้คือ 0 ราย จึงทำให้มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะทรุดลง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง อาการปวดศีรษะ อาเจียน ภาวะสูญเสียความทรงจำ ภาวะเมาสุรา การสูญเสียความรู้สึกตัว[8] การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลไกการบาดเจ็บ ซึ่งเห็นได้ว่าจากการศึกษาดังกล่าวมีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทรุดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นและตามมาด้วยค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น[11]

จากการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงของหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท 2 พบว่า ยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีภาวะทรุดลงขณะนอนพักรักษาในหอผู้ป่วย โดยมีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ มีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและอยู่ในวัยสูงอายุ โดยมีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า

ปัจจัยที่พบจากการปฏิบัติงานนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่รุนแรงมีอาการทรุดลงซึ่งพบได้ร้อยละ 100[9] นอกจากนี้พบว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงถึงร้อยละ 11.7[10] ทำให้เห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาต้องได้รับการดูแลและประเมินอย่างทันท่วงทีเพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลราชบุรี ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะดังกล่าวได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรงมีอาการทรุดลง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพมากขึ้นและสามารถเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลได้ทันการณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

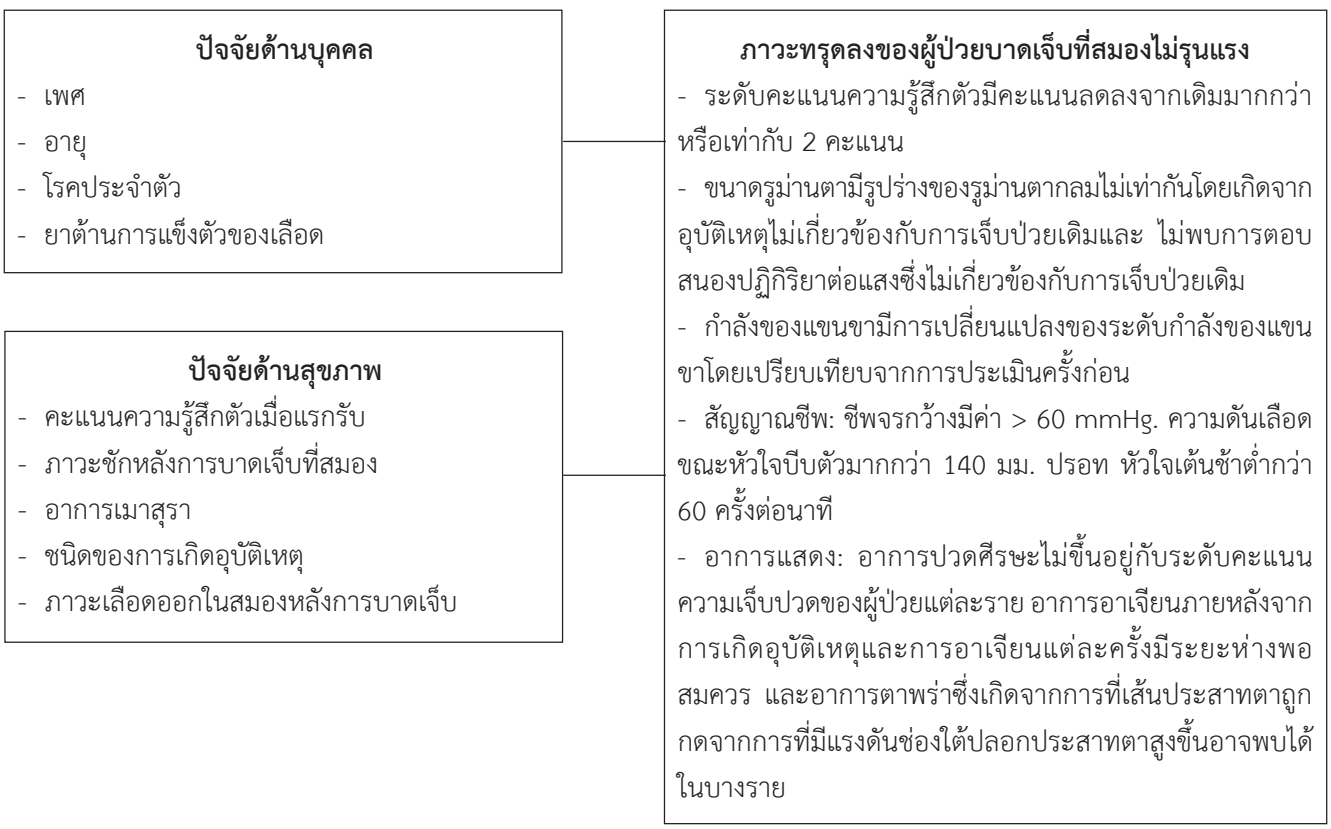
เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้งปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ คะแนนความรู้สึกตัวเมื่อแรกรับ อาการเมาสุรา ภาวะชักหลังการบาดเจ็บที่สมอง ชนิดของการเกิดอุบัติเหตุ และภาวะเลือดออกในสมองหลังการบาดเจ็บ

คำถามการวิจัย

เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาต้านการแข็งตัวของเลือด คะแนนความรู้สึกตัวเมื่อแรกรับ อาการเมาสุรา ภาวะชักหลังการบาดเจ็บที่สมอง ชนิดของการเกิดอุบัติเหตุและภาวะเลือดออกในสมองหลังการบาดเจ็บ มีความเกี่ยวข้องกับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรงหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน[11] ซึ่งอธิบายภาวะที่บุคคลได้รับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพที่แข็งแรงจนเกิดการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลได้มีการเปลี่ยนผ่านไปยังจุดวิกฤตมากขึ้น เมื่อร่างกายต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และพยายามที่จะตอบสนองไปตามรูปแบบต่างๆ เพื่อเปลี่ยนผ่านไปยังภาวะสมดุลของชีวิต ซึ่งถ้าบุคคลมีความพร้อมในปัจจัยทั้งทางด้านร่างกายและด้านสุขภาพก็จะสามารถผ่านเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านหรือสภาวการณ์ใหม่ๆ ได้ และนอกจากนี้การเตรียมตัวที่ดี มีการเฝ้าระวังหรือป้องกันการเกิดผลกระทบที่อาจตามมาในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านนั้น ก็จะเป็นผลให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ของบุคคลเป็นไปได้ง่ายขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary research) ศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) จากเวชระเบียน 1 มกราคม 2562 จนถึง 31 ธันวาคม 2564 โดยคัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรงและมีภาวะทรุดลงที่เข้ารับการรักษาที่ผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 2 โรงพยาบาลราชบุรี และเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มผู้บาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรงโดยประสาทศัลยแพทย์ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 28 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา 1) เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงที่มีคะแนน GCS เท่ากับ 13-15 คะแนน และได้รับวินิจฉัยจากประสาทศัลยแพทย์ 2) ได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพร้อมทั้งอ่านผลจากรังสีแพทย์ อย่างน้อย 1 ครั้ง 3) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง โดยพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท และมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาคือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่รุนแรง เช่น ภาวะติดเชื้อ หรือ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว 2) มีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมและมีความรุนแรง 3) มีประวัติการใช้สารเสพติดทุกชนิด และ 4) ผลเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ได้ระบุว่ามีเลือดออกในสมองชนิด Subacute subdural hematoma หรือ Chronic subdural hematoma

การศึกษาย้อนหลังครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลที่ถูกบันทึกและรวบรวมไว้ในเวชระเบียนผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาศึกษาเพื่อจำแนกปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพตามข้อมูลที่ถูกบันทึกเพื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ส่งผลให้เกิดภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรง หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 2 โรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วยการบันทึกข้อมูล 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาการเมาสุรา ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพระหว่างนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นแบบบันทึกที่ใช้สกัดข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุการได้รับบาดเจ็บที่สมอง ระดับความรุนแรงบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ภาวะชักหลังการบาดเจ็บที่สมอง อาการที่เกิดหลังจากได้รับการบาดเจ็บที่สมองและการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งมี CVI เท่ากับ 0.99 และมีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธี Inter-Rater Reliability โดยการนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ประเมินเวชระเบียนที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ที่เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรงและมีภาวะทรุดลง ที่เข้านอนพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 2 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 จนถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 แต่ไม่นับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ 0.80

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาต และชี้แจงการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเองโดยใช้แบบบันทึกภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรง หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 2 โรงพยาบาลราชบุรี

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนที่นำมาเข้าร่วมงานวิจัยโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล ของผู้ป่วยและไม่มีการเปิดเผยเอกสารเวชระเบียนไปสู่สาธารณะและทำการนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียนและโรงพยาบาลราชบุรี เลขที่ น. 24/2565 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 โดยผู้วิจัยจะนำเวชระเบียนมาใช้ตาม

วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เอกสารที่ถูกบันทึกทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังได้รับการนำเสนอและเผยแพร่แล้ว โดยการเผยแพร่ข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อในรายงานผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.6 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50.39 ปี มีระดับการศึกษา ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.3 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.7 ทุกราย ไม่พบการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ส่วนประวัติการดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่มีการดื่มสุราอยู่ที่ 200 มล. (1 กั๊ก) คิดเป็นร้อยละ 10.7 มีการดื่มสุราก่อนการเกิดอุบัติเหตุ 50 มล. (1 เป๊ก) คิดเป็นร้อยละ 14.3 ซึ่งอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้นเกิดในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่เป็นผู้ขับขี่ร่วมกับการไม่สวมหมวกนิรภัยคิดเป็นร้อยละ 64.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาเป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น คิดเป็นร้อยละ 78.6

ตารางที่ 1 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะทรุดลงด้านสัญญาณชีพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง

ปัจจัยด้านบุคคล	ภาวะทรุดลงด้านสัญญาณชีพ			
	SBP r	DBP r	Pulse pressure r	Pulse rate r
เพศ	Ø = -.452*	Ø = -.101	Ø = -.552*	Ø = .064
อายุ	Eta = .924	Eta = .766	Eta = .926	Eta = .866
โรคประจำตัว	Ø = .194	Ø = .806	Ø = .298	Ø = .011

*p<.05, Ø = Phi Correlation, V = Cramer's V, Eta = Eta Correlation

จากตารางที่ 1 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Ø = -.452) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับผลต่างของความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบ-คลายตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Ø = -.552) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมากกับความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสำคัญทางบวกในระดับปานกลางกับชีพจร อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในด้านอายุและโรคประจำตัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทรุดลงด้านสัญญาณชีพ

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับภาวะทรุดลงด้านสัญญาณชีพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง

ปัจจัยด้านสุขภาพ	ภาวะทรุดลงด้านสัญญาณชีพ			
	SBP r	DBP r	Pulse pressure r	Pulse rate r
ระดับความรู้สึกตัวเมื่อแรกรับ	Ø = .00	Ø = .333	Ø = -.247	Ø = .211
ภาวะชักหลังการบาดเจ็บที่สมอง	Ø = -.222	Ø = -.333	Ø= -.192	Ø = -.155
อาการเมาสุรา	Ø = -.486*	Ø = -.211	Ø = -.366	Ø =- .048
ชนิดของการเกิดอุบัติเหตุ	V = .229	V = .302	V = .444	V = .164
ภาวะเลือดออกในสมองหลังการบาดเจ็บ				
SDH	Ø = -.194	Ø =- .086	Ø = -.149	Ø = -.469*
EDH	Ø = .00	Ø = .143	Ø = .247	Ø = .211
tSAH	Ø = -.167	Ø = .00	Ø = -.144	Ø = -.338
tICH	Ø = .452*	Ø = .302	Ø = .348	Ø = .115
Cerebral contusion	Ø = -.258	Ø = -.430*	Ø = .00	Ø = .011
Skull fracture	Ø = -.190	Ø = .127	Ø = -.219	Ø = .102
Brain edema	Ø = .147	Ø = -.236	Ø = -.204	Ø = -.119

EDH = Epidural hematoma
SDH = Subdural hematoma
tSAH = Traumatic subarachnoid hemorrhage
tICH = Traumatic intracerebral hemorrhage

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพมีเพียงอาการเมาสุราและภาวะเลือดออกในสมองหลังการบาดเจ็บที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทรุดลงด้านสัญญาณชีพโดยที่ อาการเมาสุรา ที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (Ø = -.486) และภาวะเลือดออกในสมองหลังการบาดเจ็บประเภท Subdural hematoma มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับชีพจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (Ø = -.469) Traumatic intracerebral hemorrhage มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (Ø = .452) และ Cerebral contusion มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (Ø = -.430)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กับค่าความดันความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและผลต่างของความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบ-คลายตัว เมื่อทำการวิเคราะห์ผู้ป่วยแต่ละราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ราย และมีจำนวน 3 รายที่มีระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวระหว่าง 150-170 มม.ปรอท ร่วมกับในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยจำนวน 2 รายที่มีค่าของผลต่างของความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบ-คลายตัว มากกว่า 60 มม.ปรอท ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่า เพศชายและเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีการกล่าวถึงระดับความดันโลหิตของเพศหญิงและเพศชายนั้นมีความแตกต่างกันเมื่อนำมาเปรียบเทียบในช่วงอายุเดียวกัน[12]

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการเมาสุรามีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว ซึ่งเป็นเกณฑ์หนึ่งของภาวะทรุดลง โดยมีงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีอาการทรุดลงจะสัมพันธ์กับระดับ ethanol ในซีรัมของผู้ป่วยส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น[13] ทั้งนี้เนื่องจากผลของการดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการทำงานของเซลล์บุหลอดเลือด ส่งผลให้การทำงานของหลอดเลือดแดง ผิดปกติเกิดภาวะหลอดเลือด หดตัว เกิดไขมัน จับภายในหลอดเลือด ทำให้ความยืดหยุ่นของ หลอดเลือดลดลงและส่งผลต่อระบบภายในร่างกายที่ควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ renin-angiotensin-aldosterone และระบบประสาทอัตโนมัติชนิด sympathetic ทำงานเพิ่มมากขึ้นดังนั้นระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น[14] จากพยาธิสภาพดังกล่าวทำให้เห็นว่าอาการเมาสุราส่งผลโดยตรงกับระดับความดันโลหิต

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า เพศและอาการเมาสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง หน่วยงานที่เกี่ยวจึงต้องมีการติดตามอาการการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิตและต้องมีการสร้างความตระหนักและพฤติกรรมที่ดีต่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าภาวะเลือดออกในสมองมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทรุดลง ดังนั้น ทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพควรจัดประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรงร่วมกัน เพื่อให้มีการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อพิจารณาภาวะเลือดออกในสมองที่มีความชัดเจน รวมทั้งการได้รับการรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสมที่จะส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและลดความสูญเสียที่สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสามารถของเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่สอดคล้องกับข้อค้นพบ เช่น สัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว เช่น เครื่องมือ MEWS: Modified early waring score system ในการศึกษากลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรงเพื่อนำมาเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบบริการและการดูแลผู้ป่วยที่มีงานวิจัยเป็นฐาน

2. ตัวแปรบางตัวในการศึกษามีโอกาสที่จะเกิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย เช่น อายุ คะแนนความรู้สึกตัวเมื่อแรกรับ จึงควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทรุดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่รุนแรง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีและเจ้าหน้าที่เวชระเบียนโรงพยาบาลราชบุรี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่สนับสนุนช่วยเหลือจนทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

References

1. The Royal college of Neurological surgeons of Thailand, department of medical services, office of the permanent secretary of MOPH, Neurological Institute of Thailand, Directorate of Medicine Service, Royal Thai Air Force, Office of the Higher Education Commission. Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury. Bangkok Thailand: ROSPEROUS PLUS. 2019.
2. Potaya S. The Glasgow Coma Scale. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1):30-8. (in Thai)
3. Zollman FS. Manual of Traumatic Brain Injury Management. Chicago: Demos Medical. 2011.
4. Bureau of Highway Safety. Traffic Accident on National Highways in 2017. Annual Report 2017; 2017, May 21; Bangkok Thailand: Statistical Information Group. 2017. (in Thai)
5. Khiewchaum R. Holistic Nursing for Traumatic Brain Injury Patient. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2017; 28(1): 129-39. (in Thai)

6. National institute for emergency medicine. Annual Report 2016; Bangkok Thailand, National institute for emergency medicine. 2016. (in Thai)
7. Thaiudom A, & Dean-Baar S. Health-related Consequences of Traumatic Brain Injury: A Scoping Review. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1):65-72. (in Thai)
8. Yuksen C, Trinarongsakul P, & Sittichanbuncha Y. Emergency care: the pocket guide book. 6th. Bangkok Thailand: Emergency of medicine, Faculty of medicine Ramathibodi hospital, Mahidol university. 2016.
9. Chojak R, Koźba-Gosztyła M, Pawłowski M, & Czapiga B. Deterioration After Mild Traumatic Brain Injury: A Single-Center Experience with Cost Analysis. Front Neurol. 2021. 24;12: 588429. doi:10.3389/ fneur.2021.588429
10. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. Lancet. 2001;357(9266):1391-6. doi:10.1016/s0140-6736(00)04561-x
11. Smith M, & Parker M. Nursing Theories and Nursing Practice. 4th. Philadelphia, PA: FA Davis. 2015.
12. Maric-Bilkan C, & Manigrasso MB. Sex differences in hypertension: contribution of the renin-angiotensin system. Gender Medicine. 2012;9(4): 287-91. doi: 10.1016/j.genm.2012. 06.005.
13. Pandit V, Patel N, Rhee P, Kulvatunyou N, Aziz H, Green DJ, O'Keeffe T, Zangbar B, Tang A, Gries L, Friese RS, & Joseph B. Effect of alcohol in traumatic brain injury: is it really protective? Journal of Surgical Research. 2014; 190(2): 634-9. doi: 10.1016/j.jss.2014.04.039
14. Boonchaipanichwattana S, Pattrakorn A, Lukkanapichonchutter L, Renuwattanun A, & Chaichitpan N. Clinical Practice Guideline of Alcohol Withdrawal Patient. 2nd Nonthaburi Thailand: Aksorn graphic and design Publishing. 2021. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการหมุนเวียนงานต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

Effect of the Job Rotation Program on Task Performance of Nursing Personel in the Out-Patient-Department at a Tertiary Hospital

จุฬาลัย แก่นไร่ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย* อุษา ตันทพงษ์
Julalai Kanrai Phechnoy Singchuangchai* Usa Tantapong
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
College of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการหมุนเวียนงาน 2) แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาล คุณภาพเครื่องมือได้ค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอ้างอิง (paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรก่อนการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.92 ($\overline{X}$ = 2.92, SD = .12) หลังการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.62($\overline{X}$ = 4.62, SD = .13) 2) หลังการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการหมุนเวียนงานไปพัฒนาการบริหารงานเพื่อพัฒนาทักษะการทำงานที่รอบด้านโดยการหมุนเวียนงาน และเป็นเครื่องมือหนึ่งของผู้บริหารในการพัฒนาบุคลากรเพื่อผลลัพธ์และความสำเร็จขององค์กรพยาบาล

คำสำคัญ: การหมุนเวียนงาน, การปฏิบัติงานตามหน้าที่, งานผู้ป่วยนอก

Abstract

The objectives of this one-group quasi-experimental research were to compare the nursing personnel's performance before and after the experiment.The sample group consisted of nursing personnel at the outpatient department of Ratchaburi Hospital selected using simple random sampling. The sample group was divided into one group of 20 personnel performance before and after the experiment with rotational assignments. The research instruments used were a questionnaire asking about personal data and the performance of duty of nursing personnel.The content validity index was 0.98, and Cronbach's alpha coefficient was 0.86 The statistics used were descriptive statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation; and inferential statistics of paired t-test.

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

วันที่รับ (received) 10 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2566

The study found that the mean for the performance of duty among the personnel in before the experiment was at a moderate level of 2.92 ($\overline{X}$ = 2.92, SD = .12) no significant difference but that of after the experiment was at the highest level of 4.62($\overline{X}$ = 4.62, SD = .13) The statistical test showed that the mean score for the performance of duty among the personnel in after the experimental with rotational assignments was most level than that of the before with regular assignments at a statistical significance of ($p < .05$)

This research suggests that Nursing administrators can use the job rotation program to improve their management. To develop all-round work skills through job rotation and it is one of the management tools to develop personnel for the results and success of the nursing organization.

Keywords: Job Rotation, Task Performance, Nursing Personel

บทนำ

ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาล เป็นผลลัพธ์ของการบริหารงานที่ผู้บริหารระดับต้นในองค์กรถือเป็นเป้าหมายและเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการแสดงถึงการกระทำที่เกี่ยวข้องกับกับเป้าหมายขององค์กร[1] การปฏิบัติงานตามหน้าที่ยังแสดงออกถึงความสามารถ ทักษะ และความถนัดของบุคลากรทางการพยาบาล ต้องทำให้สำเร็จเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของงาน[2] ซึ่งผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ (Task Performance) เป็นพฤติกรรมและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับงานหลัก ความต้องการของบุคลากรเมื่อบุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก ปฏิบัติงานตามหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาล มักจะถูกใช้เป็นตัวแปรตาม และเป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในงานและจิตวิทยาองค์การ และในเชิงปฏิบัติ ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่องค์การจะต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมและดีขึ้น[3]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตัวแปรนี้พบว่า ตัวแปรนี้จึงเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์การ[4] สำหรับองค์กรการพยาบาลผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล เช่นหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงานสุขภาพจึงมีความสำคัญในการบริหารงานบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ มีทักษะ และประสบการณ์ การบริการสุขภาพตามความถนัดและความเชี่ยวชาญ[5] การหมุนเวียนงาน (Job Rotation) จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งของผู้บริหารในการพัฒนาบุคลากร ในศาสตร์ทางบริหารการหมุนเวียนงานซึ่งเป็นเทคนิคที่ผู้บริหารทางการพยาบาลนำมาใช้เพื่อหมุนเวียนงานที่ได้รับมอบหมายของบุคลากรทางการพยาบาลตลอดการจ้างงาน ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้เทคนิคนี้ ด้วยเหตุผลหลายประการ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการหมุนเวียนงานช่วยบรรเทาความเครียดของบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งได้ระบุว่า ผู้บริหารสามารถบริหารการหมุนเวียนงานได้ 2 วิธีคือ การหมุนเวียนงาน (Task Rotation) และการหมุนตำแหน่ง (Task Position) วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการหมุนเวียนงานเชิงบริหารแรงจูงใจของบุคลากรทางการพยาบาล[6] ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการหมุนเวียนงานในหน่วยงานต่าง ๆ ของผู้บริหารถือเป็นการพัฒนาทักษะ และเพิ่มความสุข[7] ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษามีนโยบายและแผนการพัฒนาคนอยู่หลายวิธี เช่น การศึกษาต่อระยะยาว (ปริญญาโท) หรือระยะสั้น แต่เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณจากสถานการณ์โควิด ดังนั้น ผู้บริหารในองค์กรพยาบาลจึงเพิ่มทางเลือกในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลด้วยการออกแบบงาน (Job Design) ด้วยวิธีการหมุนเวียนงาน (Job Rotation) ซึ่งมีข้อดีคือ ประหยัดงบประมาณ ระยะเวลาไม่ขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

ในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษามีข้อจำกัดในการส่งบุคลากรศึกษาต่อ ทำให้บุคลากรต้องใช้ทักษะในการทำงานและอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ งานเดิม ๆ จากการทบทวนแนวคิดการออกแบบงาน (Job Design) และการหมุนเวียนงานพบว่าสามารถเพิ่มทักษะของบุคลากรลดความเครียด[7] และได้มีงานวิจัยที่มีการอธิบายโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานและผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ตามการรับรู้ของ

พยาบาลวิชาชีพ ว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่เป็นอย่างดี เพราะภารกิจหลักขององค์กรการพยาบาลคือ ให้การดูแลครอบคลุม 4 มิติ ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟู ประกอบกับหัวหน้าหอผู้ป่วย มีการนำผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพไปใช้ ประกอบในการพิจารณาความดีความชอบในการปรับขั้นเงินเดือน ประกอบการพิจารณาเลื่อนตำแหน่ง แต่งตั้งโยกย้ายด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก[8] สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ การปฏิบัติการพยาบาลจะมีคุณภาพได้เมื่อการปฏิบัตินั้นได้เป็นที่ยอมรับและมีคุณค่าต่อผู้ใช้บริการ ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารการพยาบาล หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาล[9]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการหมุนเวียนงานโดยใช้แนวคิดของสถาบันการศึกษาเพื่อสร้างนวัตกรรม[10] นำมาออกแบบโปรแกรมการหมุนเวียนงาน บริหารบุคลากรด้วยการหมุนเวียนงานเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้น มีทักษะในงานใหม่ ๆ โปรแกรมนี้คาดว่าจะส่งผลกับการปฏิบัติงานตามหน้าที่ทั้ง 4 ด้านคือ การให้ข้อมูล (Provision of information) การให้การสนับสนุน (Provision of support) การดูแลรักษาพยาบาล (Technical care) และการประสานงานการดูแล (Coordination of care) ตามแนวคิดผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่[11] โดยคาดว่าจะส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษามีการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น นอกจากนี้หน่วยงานจะได้โปรแกรมการหมุนเวียนงานที่สามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทของงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนการทดลอง (มอบหมายงานแบบเดิม) และหลังการทดลอง (มอบหมายงานด้วยการหมุนเวียนงาน) ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงานอยู่ระดับใด

2. คะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอกกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการหมุนเวียนงาน

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนการทดลอง (มอบหมายงานแบบเดิม) และหลังการทดลอง (มอบหมายงานด้วยการหมุนเวียนงาน) ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน

สมมติฐานการวิจัย

ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่หลังการทดลองใช้โปรแกรมการออกแบบงานด้วยการหมุนเวียนงานสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการหมุนเวียนงานต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของสถาบันการศึกษาเพื่อสร้างนวัตกรรม[10] ที่ว่าการออกแบบคุณลักษณะให้มีการหมุนเวียนสลับสับเปลี่ยนหน้าที่งาน โดยที่งานแต่ละหน้าที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่ให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสเรียนรู้งานต่าง ๆ โดยการหมุนเวียนหน้าที่งานไปเรื่อย ๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้ทุกลักษณะของงาน เพื่อแก้ไขปัญหา ต่าง ๆ ภายในองค์กรด้วยการกำหนดนิยาม ความหมาย ลักษณะของงาน คุณสมบัติของคนทำงานและความสัมพันธ์ในส่วนอื่น ๆ[10] เพื่อช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจบทบาทหน้าที่มีส่วนร่วมในการจัดตารางการหมุนเวียนงาน

มาออกแบบโปรแกรมการหมุนเวียนงาน ประกอบด้วย 1) การจัดตารางการหมุนเวียนร่วมกันในหน่วยงาน 2) การอบรมบุคลากรทางการพยาบาลก่อนการหมุนเวียน 3) จัดทำตารางหมุนเวียนงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในงาน 4) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานตามข้อตกลงร่วมกัน และ 5) ประเมินผลหลังการหมุนเวียนงานร่วมกัน ซึ่งความสำคัญของการทดลองใช้โปรแกรมนี้คาดว่าจะส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษามีการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น โดยนำโปรแกรมการหมุนเวียนงานมาใช้ในงานผู้ป่วยนอก โดยประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรนั้นประยุกต์

จากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่[11] (Task performance) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) การให้ข้อมูล (Provision of information) 2) การให้การสนับสนุน (Provision of support) 3) การดูแลรักษาพยาบาล (Technical care) และ4) การประสานงานการดูแล (Coordination of care)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการหมุนเวียนงานต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลใน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากร คือ บุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี มีจำนวน 6 แผนก มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 118 คน (ปฏิบัติงานมาแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ได้จากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแผนกทั้งหมดของ OPD ได้แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ซึ่งมีจำนวนบุคลากรจำนวน 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ 1) บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 2) บุคลากรทางการพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) บุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่อยู่ปฏิบัติงานในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูล เช่น ลาป่วย ลากิจ ลาคลอด หรือ ลาศึกษาต่อ 2) บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำหรับการทดลองคือ 1) โปรแกรมการหมุนเวียนงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1.1) จัดตารางการหมุนเวียนงานร่วมกันในหน่วยงาน 1.2) อบรมบุคลากรทางการพยาบาลก่อนการหมุนเวียน 1.3) จัดทำตารางหมุนเวียนงานและการกำหนดบทบาทที่เกี่ยวข้องในงาน 1.4) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่ออ้างอิงตามความจำเป็น 1.5) การประเมินผลหลังการหมุนเวียนงานร่วมกัน 2) แผนการสอนเกี่ยวกับการหมุนเวียนงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล 3) คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลประจำจุดบริการต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่[11]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน และได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.98 และนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วหาความเที่ยง (Reliability) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองจริยธรรมโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ น.17/2565 ลงวันที่ 11 มกราคม 2566 และขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการศึกษา เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 004/66 ลงวันที่ 11 มกราคม 2566 เพื่อการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขั้นตอน รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล การทดลองใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน ในช่วงเวลาที่ศึกษาระหว่างทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งยุติก่อนสิ้นสุดการศึกษาได้ตลอดเวลา และข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัปดาห์ที่ 1 มีกิจกรรมดังต่อไปนี้
   1.1 พบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์

รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะได้รับการดูแลตลอดการทดลอง รวมทั้งผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยให้มีเวลาในการตัดสินใจให้อย่างอิสระ

1.2 ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 โดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล และแบบสอบถามการปฏิบัติงานตามหน้าที่ในงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ในระยะก่อนการทดลอง (การมอบหมายงานแบบเดิม)

1.3 จัดตารางการหมุนเวียนงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานร่วมกันภายในหน่วยงาน

1.4 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “โปรแกรมการหมุนเวียนงานในงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม” โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก เป็นวิทยากรในการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการหมุนเวียนงานในบุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการสอนในรูปแบบบรรยาย (Lecture) คู่มือและแผนการสอนเกี่ยวกับการหมุนเวียนงานของบุคลากรทางการพยาบาล การใช้การหมุนเวียนงานในงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เพื่อให้มีการรับรู้ ความเข้าใจโดยประยุกต์แนวคิดของสถาบันการศึกษาเพื่อสร้างนวัตกรรมมาบูรณาการเข้ากับโปรแกรมการออกแบบงานแบบหมุนเวียน และการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นมอบคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลประจำจุดบริการต่าง ๆ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง

1.5 จัดทำแผนตารางการหมุนเวียนงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ กำหนดข้อตกลงร่วมกันตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวบรวมไว้ในคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน

2. สัปดาห์ที่ 2-7 ทดลองใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงานในบุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

3. สัปดาห์ที่ 8 หลังการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

3.1 ระยะหลังการทดลอง (Post-test) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตอบแบบสอบถามการปฏิบัติงานตามหน้าที่ในงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามหน้าที่ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน

3.2 จัดอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดที่ได้จากการติดตามการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงานและปัญหาที่พบ ข้อเสนอแนะแสดงความคิดเห็นถึงประสบการณ์การใช้โปรแกรม จากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเสนอแนะทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมอภิปรายเพื่อนำไปเป็น ข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

3.3 หลังจากเก็บแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน และเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับอยู่ในที่ปลอดภัย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากก่อนและหลังการทดลองมาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องแล้วนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ นัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน สถิติที่ใช้มีดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงาน 2) เปรียบเทียบคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการทดลอง ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน ใช้สถิติแบบหนึ่งกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-46 ปี (ร้อยละ 60) มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 45) ประสบการณ์มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 85) และส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งผู้ปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 95) และมีเงินเดือนมากกว่า 15,000 (ร้อยละ 65)

2. ระดับผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการหมุนเวียนงาน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอกก่อนและหลังใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงานตามรายด้าน (n = 20)

การรับรู้ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$	SD	แปลผล	หลังการทดลอง $\bar{X}$	SD	แปลผล	t	P-value
1. การดูแลรักษาพยาบาล	2.81	.22	ปานกลาง	4.58	.26	มากที่สุด	-23.36	.000
2. การให้ข้อมูล	2.85	.15	ปานกลาง	4.54	.18	มากที่สุด	-43.65	.000
3. การให้การสนับสนุน	2.97	.26	ปานกลาง	4.60	.15	มากที่สุด	-22.97	.000
4. การประสานงานการดูแล	3.06	.27	ปานกลาง	4.70	.19	มากที่สุด	-21.52	.000
รวม	2.92	.12	ปานกลาง	4.63	.13	มากที่สุด	-49.32	.000

จากตารางที่ 1ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรก่อนการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.92 ($\bar{X}$ = 2.92, SD = .12) หลังการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.62 ($\bar{X}$ = 4.62, SD = .13) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอกแยกตามรายด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือด้านการดูแลรักษาพยาบาล รองลงมาคือด้านการให้ข้อมูล และน้อยที่สุด คือด้านการประสานงาน

3. เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนการทดลอง (มอบหมายงานแบบเดิม) และหลังการทดลอง (มอบหมายงานด้วยการหมุนเวียนงาน) ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลโดยรวมก่อนและหลังเข้าใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน (n = 20)

การทดลอง	$\bar{X}$	SD	แปลผล	t	P-value
ก่อนการทดลอง	2.92	.12	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	4.63	.13	มากที่สุด	-49.32	.000

จากตารางที่ 2ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรหลังการทดลอง (มอบหมายงานด้วยการหมุนเวียนงาน) ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน สูงกว่าก่อนการทดลอง (มอบหมายงานแบบเดิม) ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ศึกษาระดับผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการหมุนเวียนงาน ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรก่อนการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.92 ($\bar{X}$ = 2.92, SD =.12) หลังการใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.62 ($\bar{X}$ = 4.62, SD = .13) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการหมุนเวียนงานช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่เป็นอย่างดี เพราะภารกิจหลักขององค์กรพยาบาลคือการให้การดูแลรักษาพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟู เป็นไปตามแนวคิดผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่[11] ที่ระบุว่า ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ1) การดูแล

รักษาพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยการสังเกตอาการ ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน บริหารยา และการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาล 2) การให้ข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงให้ข้อมูลก่อนผู้ป่วยรับยากลับบ้าน ในด้านการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านและการปฏิบัติตัวหากมีอาการแย่ลงหรือมีอาการกลับเป็นซ้ำ 3) การให้การสนับสนุนที่แสดงออกถึงความห่วงใย เอาใจใส่ มีการรับฟังปัญหา พูดคุยเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้การช่วยเหลือ และ 4) การประสานงานการดูแล โดยส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ทีมและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลในองค์กรโดยตรง [13]

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่หลังการทดลองเป็นรายด้านจากรายด้านสูงที่สุดถึงต่ำที่สุด ตามลำดับ ดังนี้

1.1 ด้านการดูแลรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.58 SD = .26) เป็นไปตามแนวคิดที่มีผลการศึกษาว่า ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ความสามารถในการปฏิบัติงานที่เฉพาะเจาะจงตามหน้าที่หลักในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล รักษาพยาบาลในองค์กรโดยตรงและรวมถึงกิจกรรมอื่น ๆ ที่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของงานของผู้ปฏิบัติงาน (Part of a workers job)[12] และอีกการศึกษาที่พบว่า การหมุนเวียนงานสร้างแรงบันดาลใจให้พยาบาลปฏิบัติงานได้ดีขึ้น พัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มเติม และปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในคลินิกด้วยการแบ่งปันความรู้กับพยาบาลในแผนกต่าง ๆ พยาบาล ระบุว่า การหมุนเวียนงานช่วยให้พวกเขาได้รับทักษะใหม่ ๆ ขยายมุมมอง และบรรเทาความเครียดจากงาน[13] จากการศึกษาควรมีการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลเนื่องจากมีค่าคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 4.35, SD = .49) เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ด้านการดูแลรักษาพยาบาลดียิ่งขึ้น

1.2 ด้านการให้ข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.54, SD = .18) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ระบุไว้ว่า การหมุนเวียนงานส่งผลให้พนักงานเกิดการเรียนรู้ ความรู้ใหม่ ๆ เพิ่มมากขึ้น[14] นอกจากนั้น การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในบทบาทหน้าที่ใหม่ที่ได้รับจะทำให้ผู้บริหารสามารถกำหนดทักษะและความสามารถที่บุคลากรจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[8] โดยเฉพาะงานผู้ป่วยนอกที่ศึกษาควรเพิ่มทักษะการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวัตถุประสงค์ก่อนการทำกิจกรรมทางการพยาบาลหรือการทำหัตถการทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดีเนื่องจากค่าคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 4.40, SD = .50) โดยให้เวลาในการอธิบายวัตถุประสงค์ก่อนการทำหัตถการหรือกิจกรรม และตอบข้อซักถามกิจกรรมหรือหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ ในประเด็นที่ไม่เข้าใจ เป็นต้น

1.3 ด้านการให้การสนับสนุน เมื่อพิจารณาคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่หลังการทดลองเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการให้การสนับสนุนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.60, SD = .15) แสดงว่า ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลสามารถที่จะมีการพัฒนาศักยภาพให้เพิ่มมากขึ้นได้ เนื่องจากมีคะแนนอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 4.50, SD = .51) เป็นไปตามกรอบแนวคิดที่กล่าวว่า การหมุนเวียนงานทำให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้และได้รับการพัฒนาความสามารถ โดยการแสดงออกเพิ่มมากขึ้นถึงความห่วงใย เอาใจใส่ มีการรับฟังปัญหา พูดคุยเกี่ยวกับความวิตกกังวลหรือความกลัวของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว[15]

1.4 ด้านการประสานงานการดูแล จากการพิจารณาคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่หลังการทดลองเป็นรายด้าน พบว่า การส่งต่อข้อมูลการตรวจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดีให้กับทีมการพยาบาลในหน่วยงานรับทราบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.75, SD = .44) ควรมีการเพิ่มทักษะและศักยภาพของบุคลากรโดยส่งต่อประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีให้กับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยรับทราบ ควรพัฒนาทักษะและเพิ่มการให้ข้อมูลการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ทีมการพยาบาล เนื่องจากค่าคะแนนที่วิเคราะห์ได้น้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 4.65, SD = .49) เพื่อผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น[8] สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ (Task performance) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.09, SD = .44)[16] เช่นเดียวกัน เนื่องจากผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพยาบาลส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรงและเป็นกิจกรรมการพยาบาลหลักที่แสดงถึงบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ 4 ด้าน อย่างชัดเจนได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติการ 2) ด้านการวางแผน 3) ด้านการประสานงาน และ 4) ด้านการบริการ[17]

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.63, SD = .13) แสดงว่า ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลสามารถที่จะมีการพัฒนาศักยภาพให้เพิ่มมากขึ้นได้ โดยการสนับสนุนและส่งเสริมองค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\overline{X}$ = 4.54, SD = .18) โดยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการแสดงออกเพิ่มมากขึ้นถึงความห่วงใย เอาใจใส่ มีการรับฟังปัญหา พูดคุยเกี่ยวกับความวิตกกังวลหรือความกลัวของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2. เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนการทดลอง (มอบหมายงานแบบเดิม) และหลังการทดลอง (มอบหมายงานด้วยการหมุนเวียนงาน) ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรหลังการทดลอง (มอบหมายงานด้วยการหมุนเวียนงาน) ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน สูงกว่าก่อนการทดลอง (มอบหมายงานแบบเดิม) ใช้โปรแกรมการหมุนเวียนงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการหมุนเวียนงานสามารถเพิ่มผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาล เพิ่มทักษะ ลดความเบื่อหน่ายซ้ำซาก จำเจ ส่งผลให้การดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวมครบ 4 มิติ ดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นโปรแกรมการหมุนเวียนงานเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการหมุนเวียนงานไปเป็นเครื่องมือบริหารใหม่สำหรับผู้บริหาร และเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาบุคลากรอีกรูปแบบหนึ่งที่มีงบประมาณจำกัด ไม่สามารถส่งไปศึกษาต่อในระยะยาวเนื่องจากจะทำให้ขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้รับบริการ การหมุนเวียนงานตามแนวคิดนี้จึงถือเป็นการพัฒนาบุคลากรอีกวิธีหนึ่งในเชิงบริหาร

2. ด้านการปฏิบัติงาน สามารถนำโปรแกรมการหมุนเวียนงานไปเป็นแนวทางในการมอบหมายงานสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน และสามารถนำไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการวัดตัวแปรตามที่เกี่ยวกับการวัดแรงจูงใจ ความเครียด ความเบื่อหน่ายที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมการหมุนเวียนงานที่ทำการวิจัยด้วยก่อนและหลังการทดลองหรือการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติงานที่ขยายองค์ความรู้ไปหน่วยงานอื่นให้สอดคล้องกับแนวคิดเชิงบริหาร และควรเพิ่มบทบาทของผู้บริหาร(หัวหน้าพยาบาลในการขับเคลื่อนช่วยเหลือ สนับสนุนให้การดำเนินการสำเร็จ

2. ควรศึกษาการวิจัยเชิงปริมาณหรือคุณภาพที่หาความสัมพันธ์กับการหมุนเวียนงาน เช่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการหมุนเวียนงาน ทั้งผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง

References

1. Koopmans L, Bernaards CM, Hildebrandt VH, de Vet HC, & van der Beek AJ. Measuring individual work performance: identifying and selecting indicators. Work. 2014; 48(2):229-38. doi: 10.3233/WOR-131659. PMID: 23803443.
2. Ibrahim SAE, Sayed RIE, Attala MM, & Elmezin NK. Relationship between Head Nurses' Leadership Styles and Staff Nurses' Job Performance. Journal of Nursing and Science. 2016; 5(1), 66-74. doi:10.9790/1959-05146674
3. Sonnentag S, & Frese M. Performance concepts and performance theory. Psychological management of individual performance. 2001; 23(1), 3-25.
4. Armstrong M, & Baron A. Performance management: A strategic and integrated approach to achieve success. Mumbai: Jaico Publishing House; 2007.
5. Marquis BL, & Huston CJ. Leadership roles and management function in nursing theory and application 3rd. Philadelphia: Lippincott; 2000.
6. Eriksson T, & Ortega J. The Adoption of Job Rotation: Testing the Theories. Industrial and Labor Relations Review. 2006; 59(4), 653-66.

7. Arya A, & Mittendorf B. Using Optional Job Rotation Programs to Gauge On-the-Job Learning. Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE). Mohr Siebeck, Tübingen. 2006;162(3), 505-15.
8. Sriboonwong L, Singchangchai P, & Aree P. The relationship model among transformational leadership of head nurses, innovative work behavior and task performance as perceived by professional nurses in general hospitals. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2020; 31(2),96-111. (in Thai)
9. Chaleoykitti S, Kamprow P, & Promdet S. Patient Safety and Quality of Nursing Service. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2), 66-70. (in Thai)
10. Academy To Innovate HR [Internet]. Bangkok Thailand: Available from: Academy To Innovate HR: AIHR: 2016.
11. Greenslade JH & Jimmieson NL. Distinguishing between task and contextual performance for nurses: development of a job performance scale. Journal of Advanced Nursing. 2007; 58(6), 602-11.
12. Borman WC & Motowidlo SJ. Expanding the Criterion Domain to Include Elements of Contextual Performance. Personnel Selection in Organizations San Francisco: Jossey-Bass. 1993.
13. Coleman VI, & Borman WC. Investigating the underlying structure of the citizenship performance domain. Human Resource Management Review. 2000; 10, 25-44.
14. Ortega J. Job Rotation as a Learning Mechanism. Management Science. 2001; 47(10), 1361-70.
15. Campion MA, Cheraskin L, & Stevens MJ. Career-Related Antecedents and Outcomes of Job Rotation. The Academy of Management Journal. 1994; 37(6), 1518-42.
16. 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)
17. Thailand Nursing and Midwifery Council 2006. Nursing service management standards at the primary, secondary and tertiary levels. Government gazette 2005.

อิทธิพลของอายุ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

The Influence of Age, Adequate Antenatal Care, Education Level, and the Use of Health Information from Social Media on First-time Adolescent Mothers' Postpartum Behavior

ชลธิชา กิจบำรุง วรรณา พาหุวัฒนกร* ฤดี ปุงบางกะดี่
Chonthicha Kitbumrung Wanna Phahuwatanakorn* Rudee Pungbangkadee
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้เพื่อศึกษาอิทธิพลของอายุ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก อายุ 10-19 ปี จำนวน 154 ราย ที่มาคลอดบุตรและพักฟื้นในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกได้ร้อยละ 13.2 (R^2 = .132) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยพบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β =-.462, $p<.002$, β = 1.138, $p<.014$ และ β = .643, $p<.009$ ตามลำดับ) ดังนั้นหากมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีอายุ ระดับการศึกษา และพฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น สามารถทำนายได้ว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกจะเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์, มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก, พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอด, สื่อสังคมออนไลน์

Abstract

This predictive research was to study the influence of age, adequate antenatal care, education level, and the use of health information from social media on first-time adolescent mothers' postpartum behavior. The sample consisted of 154 first-time teenage mothers, aged 10-19 years, who gave birth and recuperated in the postpartum ward at a tertiary hospital. The research instrument was a questionnaire to collect data.

Corresponding Author: *E-mail: wanna.pha@mahidol.ac.th
วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 3 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ธ.ค. 2566

The data were analyzed using descriptive statistics, Point biserial correlation coefficient statistics, Chi-square test and binary logistic regression analysis.

The results of the study found that age factor, education level, adequate antenatal care and use of health information from social media together they were able to predict the postpartum behavior of first-time teenage mothers by 13.2% (R^2 = .132) with statistical significance (p<.05). It was found that the age factor Education level and using health information from social media can predict postpartum behavior. After the birth of first-time adolescent mothers, there was statistical significance (β = -.462, p<.002, β = 1.138, p<.014 and β = .643, p<.009, respectively). Therefore, if the first-time adolescent mothers have a higher age, educational level, and use more health information from social media, it can be predicted that the postpartum behaviors of these first-time pregnant mothers will increase.

Keywords: Adequate antenatal care, first-time teenage mothers, Postpartum behavior, Social media

บทนำ

การเป็นมารดาวัยรุ่นนับเป็นภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้กับสตรีวัยรุ่นและครอบครัว สตรีวัยรุ่นที่ก้าวสู่การเป็นมารดาในวัยที่ยังขาดวุฒิภาวะและขาดความพร้อมในหลาย ๆ ด้าน ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด[1,2] ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดจะต้องปรับตัวมากกว่ามารดาในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะด้านร่างกายของวัยรุ่นซึ่งการตั้งครรภ์ทำให้ร่างกายที่กำลังเจริญเติบโตของวัยรุ่นต้องหยุดชะงักและเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการตั้งครรภ์จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่ามารดาในวัยผู้ใหญ่[3] รวมถึงสภาวะจิตใจที่เกิดจากความกลัวต่อการเปลี่ยนบทบาทจากกการเป็นนักเรียนมาเป็นบทบาทมารดา มารดาวัยรุ่นบางคนมีปัญหากับครอบครัว ครอบครัวไม่ยอมรับการตั้งครรภ์และการคลอด ถูกสามีทอดทิ้งหรือมีสถานภาพสมรสไม่มั่นคง ส่งผลต่อปัญหาจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดจนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องมาจากความเหนื่อยล้า ความเครียดจากการต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูบุตร อีกทั้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และบางรายอาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด[4] ผลกระทบจากความไม่พร้อมของการมีบุตรเหล่านี้จะยิ่งส่งผลให้มารดาวัยรุ่นขาดความสนใจในการดูแลสุภาพตนเองและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดไม่เหมาะสม และจะส่งต่อการเลี้ยงดูบุตรให้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี นับว่าเป็นเรื่องสำคัญยิ่งที่ยังคงเป็นสิ่งที่สังคมควรให้ความสำคัญ

จากการสำรวจถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น มีรายงานทางสถิติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอดที่ยังคงเป็นปัญหาของมารดาวัยรุ่น เนื่องจากมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดไม่ถูกต้อง ในด้านต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการดูแลฝีเย็บที่ไม่ถูกวิธี จากการศึกษาที่ผ่านมา[5] พบว่า มารดาวัยรุ่นโดยเฉพาะครรภ์แรกจะมีปัญหาในระยะหลังคลอด เช่น การมีพฤติกรรมไม่อาบน้ำ ไม่ทำความสะอาดแผลฝีเย็บและทำความสะอาดแผลฝีเย็บไม่ถูกวิธี จึงทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อของแผลฝีเย็บได้ มารดาหลังคลอดวัยรุ่นมักละเลยการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หากทารกเกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้การไปรักษาที่โรงพยาบาลเกิดความล่าช้า นอกจากนี้จากการศึกษา[6] พบว่า มารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีความแตกต่างจากมารดาหลังคลอดวัยผู้ใหญ่ในเรื่องของพัฒนาการความรู้ความเข้าใจซึ่งในมารดาหลังคลอดวัยรุ่นมักมีปัญหาในด้านความเข้าใจการประเมินปัญหา และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งในการดูแลตนเอง และการดูแลครอบครัวได้ไม่ดีเท่าที่ควร มารดาหลังคลอดวัยรุ่นยังคงมีภาวะพึ่งพาเนื่องจากคิดว่าตนเองยังขาดประสบการณ์และไม่สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ จึงต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการส่งเสริมดูแลสุขภาพของตนเอง เพราะพฤติกรรมการปฏิบัติตนในระยะหลังคลอด จึงมีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นโดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีการพัฒนาทางด้านจิตใจยังไม่ดีพอ ยังขาดวุฒิภาวะทางอารณ์ ขาดประสบการณ์และความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่การดูแลตนเองและบุตร[7] ดังนั้นการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่

เหมาะสมจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีสุขภาพที่ดีได้

พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก เป็นการกระทำที่จะนำไปสู่การปรับภาวะสุขภาพให้มีสุขภาวะทางสุขภาพที่ดี หากมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีการปฏิบัติตนหลังคลอดจะเป็นการช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของบุคคล[8] จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก แต่ส่วนใหญ่จะพบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น[5,9,10] โดยผลการศึกษาพบว่า การที่มารดาวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดที่เหมาะสมเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม เช่น การใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลออนไลน์ได้อย่างง่ายดายทันทีบนมือถือมากกว่ามารดาหลังคลอดในวัยผู้ใหญ่ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นปฏิบัติตนเองตามบทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดได้ดี การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญซึ่งช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดในการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น

ช่องว่างจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก โดยงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น และยังไม่ปรากฏการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมาก่อน ซึ่งมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับตัวในระยะหลังคลอดมากกว่ากลุ่มมารดาในวัยผู้ใหญ่จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่ควรมองข้าม ดังนั้นการพัฒนาความมั่นคงด้านสุขภาพในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกจึงเป็นการช่วยส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

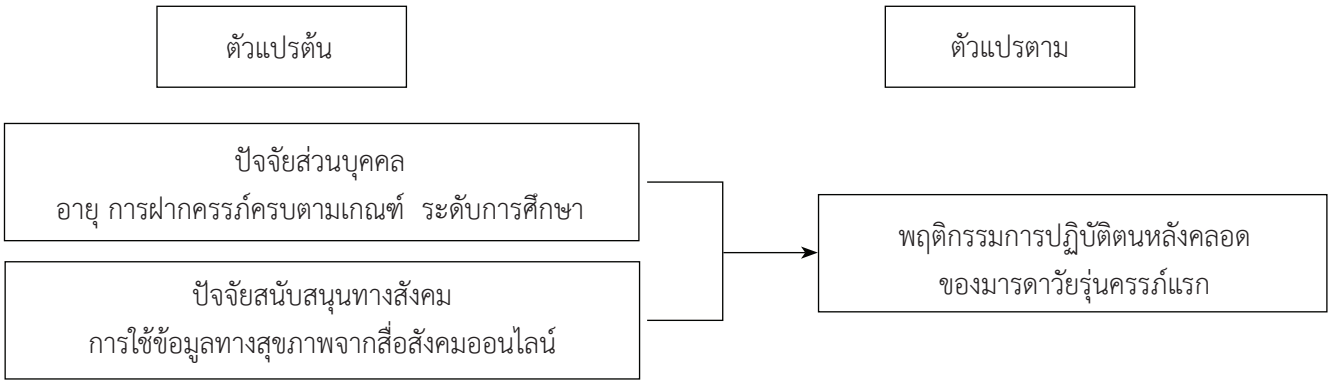
เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านอายุ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านอายุ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา[11] เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล[7,12,13,14,15] ได้แก่ อายุ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระดับการศึกษา และปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคม[5,9,16] คือ การใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ จึงสรุปกรอบแนวคิดได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์เชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย (Correlational predictive research)

ประชากร คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรกที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลขอนแก่นและพักฟื้นในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1-2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 120 เตียง โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรกที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน = .05 ระดับความเชื่อมั่น = .80 และขนาดอิทธิพล = 0.88[17] คำนวณได้ 140 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 154 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเลือกตามความสะดวก (Convenience Sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) มารดาอายุ 10-19 ปี ณ วันที่คลอด 2) คลอดบุตรครั้งแรก 3) คลอดทารกครบกำหนด อายุครรภ์ 37-41+6 สัปดาห์ 4) ทารกไม่มีความพิการแต่กำเนิด หรือความผิดปกติร้ายแรงที่ต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 5) เลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง ตั้งแต่หลังคลอดจนถึง 6 สัปดาห์ 6) คลอดบุตรทางช่องคลอด 7) คลอดบุตรคนเดียว 8) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์มือถือ 9) ไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคเลือด และหอบหืด ได้รับการรักษาเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตใจ และ 10) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (PIH) ครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS2022/04.0401 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KEF65005 ลงวันที่ 14 มีนาคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ความเสี่ยงต่าง ๆ และการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 20 ข้อ (α = 0.952) เป็นคำถามแบบวัดมาตราลิเกิต 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหลังคลอดจากสื่อสังคมออนไลน์เลย ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหลังคลอดจากสื่อสังคมออนไลน์เป็นบางส่วน ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหลังคลอดจากสื่อสังคมออนไลน์เป็นส่วนใหญ่ และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหลังคลอดจากสื่อสังคมออนไลน์ทั้งหมด โดยกำหนดคะแนน คือ 1,2,3,4 การแปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหลังคลอดจากสื่อสังคมออนไลน์มาก และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด (α = 0.83) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย[18] โดยเป็นคำถามที่เกี่ยวกับการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ทั้งนี้ในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอดถือเป็นช่วงการพักฟื้นที่สำคัญสำหรับมารดาหลังคลอด เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายจะปรับสภาพให้กลับเข้าสู่สภาวะปกติ รวมถึงการรักษาแผลที่เกิดจากการคลอด ดังนั้นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกจำเป็นจะต้องทำความเข้าใจเพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์และรวดเร็วที่สุด[19] จำนวน 39 ข้อ (α = 0.804) เป็นข้อความที่มีความหมายในด้านบวก จำนวน 27 ข้อ และด้านลบ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราลิเกิต 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยกำหนดคะแนน คือ 1,2,3,4 การแปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 39-156 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความเหมาะสมของภาษา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ

แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด เท่ากับ 0.95 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเข้าใจ เมื่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอดแสดงเจตนาให้ความยินยอม (ในกรณีที่มารดาอายุน้อยกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองโดยชอบธรรมอนุญาตยินยอมร่วมกัน) ผู้วิจัยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยบันทึกข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดจากแฟ้มเวชระเบียนตามแบบสอบถามข้อมูล และขออนุญาตติดตามมารดาหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์ทางโทรศัพท์ และผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามผ่าน Google form ให้เป็นที่เข้าใจแล้วจึงให้ QR code พร้อมช่องทางการติดต่อผ่านเบอร์โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน Line โดยแนบใบบันทึก QR code ไว้ท้ายสมุดสีชมพู

2. เมื่อครบ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทางโทรศัพท์ กระตุ้นเตือนให้ตอบแบบสอบถามการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ผ่าน Google form โดยไม่จำกัดเวลาในการตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละด้านกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารคาวัยรุ่นครรภ์แรก ตามลักษณะข้อมูลที่จะนำไปแทนค่าในสถิติ โดยความสัมพันธ์ระหว่างอายุ พฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารคาวัยรุ่นครรภ์แรก ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล Point-biserial correlation และความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squaretest) ส่วนการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ได้แก่ อายุ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) เนื่องจากภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบไม่ปกติ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก มีอายุระหว่าง 13-19 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 18-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.6 และเรียนจบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาต่อโดยเป็นนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.5 ในด้านครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสามี คิดเป็นร้อยละ 81.8 และกลุ่มตัวอย่างยังมีผู้ที่ช่วยเหลือดูแลมารดาและทารกในระยะหลังคลอดมากถึงร้อยละ 90.3 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 9,574.66 บาท ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกทั้งหมด ส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 52.6 โดยฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรัฐ/รพ.สต. ร้อยละ 86.4

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละด้านกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

พฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .1\ 72$, $p<.05$) และอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.152$)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p >.05$)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

ตาราง ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

ตัวแปร	B	S.E.	Sig	OR	95% C.I.
1. อายุ	-.462	.151	.002*	.630	.468 - .847
2. ระดับการศึกษา	1.138	.462	.014*	3.121	1.263 - 7.713
3. การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	-.100	.359	.780	.904	.448 - 1.827
4. พฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์	.643	.245	.009*	1.902	1.176 - 3.077
Constant	5.505	2.468	.026	245.900	
Model Summary: -2 Log likelihood = 190.096, Cox & Snell R = .098, Nagelkerke R^2 = .132, Chi-square = 15.825, Sig. = 0.007, Percentage Correct = 61.0					

*ค่า p<.05

จากตาราง พบว่า อายุ ระดับการศึกษา การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ พฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกได้ร้อยละ 13.2 (R^2 = .132 (R^2 = .132) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยพบว่าปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.462, p<.002, β = 1.138, p<.014 และ β = .643, p<.009 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกได้ (β = -.100, p>.05) ซึ่งหมายความว่า หากมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีอายุ ระดับการศึกษา และพฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น สามารถทำนายได้ว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกจะเพิ่มมากขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 18-19 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย20 คิดเป็นร้อยละ 50.6 ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.462, p<.002) เนื่องจากอายุสามารถบอกถึงระดับวุฒิภาวะและความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของมารดาได้ 19 มารดาที่มีอายุมากจะมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย[12] ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบเพียงการศึกษาที่ใกล้เคียง โดยพบว่า อายุมารดา สามารถทำนายความสำเร็จของบทบาทมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนดได้ (β = .373, p<.000)[21] เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า อายุมารดามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาบทบาทมารดา (r = .244, p<.05) เนื่องจากมารดาที่มีอายุมากขึ้นจะเป็นผู้ที่มีความพร้อมในด้านสถานภาพทางสังคม มีประสบการณ์และ การศึกษาในระดับที่สูง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะทำให้มารดากลุ่มนี้มีรายได้สูงด้วย[22] แต่แตกต่างจากผลการศึกษาที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ (r = .012, p>.05)[23] เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า อายุไม่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ ในมารดาหลังคลอดชาวเขา (β = -.590, p<.05)

ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 1.138, p<.014) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีความรู้ความสามารถ มีทักษะพื้นฐาน ระดับการศึกษาที่สูงกว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ ขวนขวายหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้กับตนเอง และตัดสินใจที่จะแสวงหาวิธีการส่งเสริมสุขภาพตนเอง[24] ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบเพียงการศึกษาที่ใกล้เคียง ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 ได้ (β = .163, p<.003)[25] เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สามารถ

ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ($p<.05$)[26] กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.5) เรียนจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และและการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เมื่อศึกษาในโรงเรียน อาจจะทำให้มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นระดับการศึกษาจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกยังสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ หรือสื่อต่าง ๆ ทำให้ทราบแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกส่วนใหญ่ มีอายุ 18-19 ปี ซึ่งถือเป็นช่วงอายุของวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้น มีความคิด ความเชื่อเป็นของตัวเองมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความใส่ใจตนเองมากยิ่งขึ้นเช่นกัน นั่นหมายความว่า ระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกเพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงที่สุด คือ พฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคม โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .643, $p<.009$) วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลออนไลน์ได้อย่างง่ายดาย โดยข้อมูลทางสุขภาพที่วัยรุ่นมักจะเข้าไปรับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การลดความเครียด ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น[5] เทคโนโลยีการรับส่งข้อความแบบโต้ตอบกันทันทีบนมือถือเป็นวิธีในการส่งเสริมสุขภาพอย่างน่าสนใจการรับส่งข้อความแบบโต้ตอบทันทีจะทำให้วัยรุ่นเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนต้องการทราบมากขึ้นจากการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสาธารณสุขโดยตรง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม เช่น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพโดยใช้ช่องทางออนไลน์สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .130, $p<.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความง่ายในการใช้งานและการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นเป็นอย่างมาก[16]

การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .100, $p> .05$) เนื่องจากภายหลังคลอดมารดาทุกคนจะได้รับการสอนการปฏิบัติตนหลังคลอด โดยไม่ได้คำนึงถึงเรื่องของการฝากครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ไม่สามารถทำนายปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติในเขตจังหวัดชลบุรี (β = .103, $p> .05$)[27] ดังนั้นการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์จึงเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น[28]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาค้นพบว่า พฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ เป็นปัจจัยทางสังคมมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกสูงที่สุด ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรเพิ่มช่องทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอดทางออนไลน์ ในรูปแบบการสื่อสาร 2 ทาง โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือองค์ความรู้ที่ถูกต้อง มีความทันสมัยได้ง่ายและสะดวก นำไปใช้ประโยชน์ให้กับตนเอง และเข้าถึงข้อมูลเผยแพร่ไปสู่บุคคลใกล้ชิดเพียงแค่มีโทรศัพท์เครื่องเดียว เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องควรวางแผนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และพฤติกรรมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบของสื่อสังคมออนไลน์ที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดนิยมใช้ รวมถึงโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นเพิ่มเติม

References

1. Orem DE. Nursing concepts of practice. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1991.
2. Sriraksa S, & Noipha k. Factors affecting self-care of women after giving birth using traditional medicine: A case study in Pa Phayom District, Phatthalung Province. Journal of Public Health Journal of Health Science. 2020; 29(1): 26-35. (in Thai)
3. Ronayne E. Immature pelvic growth and obesity: a biocultural analysis of risks associated with adolescent pregnancy in the united states. The Arbutus Review. 2020; 11(2): 44-61. (in Thai)
4. Regina C, Margaret MM, Ngoma C, & Chileshe MS. Childbirth complications among adolescent mothers at Mbala general hospital in Mbala District, Zambia. Open Journal of Nursing. 2019; 9(7): 629-75.
5. Sangsawang J, Chupradit P, Chunpradub P, & Warahut J. Using of social network for behavioral health promotion of adolescent mothers in the puerperium period. Journal of Southern Technology. 2019; 12(1): 236-44. (in Thai)
6. Pansri S, Phahuwatanakorn W, Yusamran C, & Putdivarnichapong W. Adaptive factors influencing mental health of postpartum mothers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 160-9. (in Thai)
7. Sangsawang J, Chupradit P, & Sriarporn P. Chairat, N. Promoting healthy behaviors among adolescent mothers during the postpartum period for a new normal way of life. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022; 15(3): 14-28. (in Thai)
8. Sangsawang J, Supavititpatana B, & Sriarp P. Factors related to health promoting behaviors among adolescent mothers. Nursing Journal. 2019; 46(4): 59-69. (in Thai)
9. Karalai S, & Sriratanaprapat J. Relationships between social support and health promoting promoting behavior among pregnant teenagers. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018; 26(1): 1-10. (in Thai)
10. Bunaun N. Factors influencing adaptation in the role of adolescent pregnant women. Mahasarakham Hospital Journal. 2018; 15(2): 78-84.
11. Bandura A. Social foundations of thought and action : a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall: 1986.
12. Kortsmit K, Williams L, Pazol K, Smith RA, Whiteman M, Barfield W, et al. Condom use with long-acting reversible contraception vs non–long-acting reversible contraception hormonal methods among postpartum adolescents. Journal of the American Medical Associayion Pediatrics. 2019; 173(7): 663-70.
13. Subsomboon K, Phahuwatanakorn W, Chalermpichai T, & Boriboonhirunsarn D. Factors related to repeat pregnancy prevention behaviors of postpartum adolescent mothers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 322-30. (in Thai)
14. Reichman NE, Corman H, Noonan K, & Schwartz-Soicher O. Effects of prenatal care on maternal postpartum behaviors. Review of Economics of the Household. 2010; 8(2): 171-97.
15. Baker B, & Yang I. Social media as social support in pregnancy and the postpartum. Sexual & Reproductive Healthcare. 2018; 17(2): 31-40.

16. Sangsawang J, Chupradit P, & Wongmuneeworn W. Acceptance usage of a technology, website and social networks in health promoting behaviors among adolescent mother. Journal of Health and Nursing Research. 2022; 38(2): 84-96. (in Thai)
17. Sangsawang J, Supavititpatana B, & Sriarporn P. Factors related to health promoting behaviors among adolescent mothers. Nursing Journal. 2019; 46(4): 59-69. (in Thai)
18. Chawiwan T, Khanobdee C, & Pongrua P. The effect of a self-efficacy promoting program on self-care behaviors of first-time postpartum mothers who had vaginal delivery. Vajira Nursing Journal. 2009; 11(2): 34-48. (in Thai)
19. Wangdi P, Phahuwatnakorn W, & Limruangrong, P. The influence of age, knowledge, beliefs, support, and access to health care on 6-week exclusive breastfeeding among postpartum. Nursing Science Journal of Thailand. 2022; 40(2) :1-16. (in Thai)
20. Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ. Vital involvement in old age. New York: Norton. 1986.
21. Chinmuang N, Pahawatanakorn W, & Yusamran C. Maternal, infant, and environmental factors in predicting maternal role attainment among postpartum mothers of preterm babies. Princess of Naradhiras University Journal 2016; 8(2): 44-53. (in Thai)
22. Emmanuel E, Creedy DK, St John W, Gamble J, & Brown C. Matemal role development following childbirth among Australian women. Journal of Advanced Nursing, 2008; 64(1): 18-26. (in Thai)
23. Ketsuwan S, Pongjaturawit Y, & Chaimongkol N. Predictors of mother's participation in caring for neonates with jaundice receiving phototherapy. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018; 11(2): 100-16. (in Thai)
24. Na-sangiem D, & Kuasit U. The factors predicting self-care behaviors among adolescent pregnant women in provinces in the 7th health region. Nursing Journal Chiang Mai University. 2022; 49(4): 261-73. (in Thai)
25. Phumesawat S, Suvithayasiri K, & Chaisup V. Perceived benefits and health promoting behaviors in pregnant women at antenatal clinic of Rajavithi hospital. Journal of Boromarajonani College of Nursing, 2013; 29(2), 80-94. (in Thai)
26. Phromkham K, Sriarporn P, & Baosoung C. Factors predicting functional status among adolescent mothers. Nursing Journal Chiang Mai University. 2022; 49(4): 292-302. (in Thai)
27. Phonkusol C, & Sangin S. The factors predicting health behaviors among pregnant migrant women in Chon Buri province. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022; 35(4): 128-44.
28. Chawajaroenpan W, Kaeonoi A, Mungkhamanee S, & Srisuwans S. Factors predicting breastfeeding intention among postpartum mothers in the new normal era, Nopparat Rajathanee hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 398-406. (in Thai)

การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความต้องการรูปแบบการให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ในเขตสุขภาพที่ 4

The Study of Stroke Knowledge and The Needs of Health Education Pattern Regarding Stroke among People at High – Risk in The 4th Health Region, Thailand

ประกาศิต ป้องทัพไทย* จีราภรณ์ กรรมบุตร ปรีย์กมล รัชนกุล
Pragasit Pongtapthai* Jeeraporn Kummabutr Pregamol Rutchanagul
คณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี ประเทศไทย 12120
Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง และความต้องการรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในเขตสุขภาพ ที่ 4 โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 18.55, SD = 7.338) และมีระดับต่ำทั้งในส่วนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณ สัญญาณเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นผู้ให้ข้อมูลสื่อสารความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ($\overline{X}$ = 7.53, SD = 2.00) และความต้องการสื่อที่มีขนาดใหญ่มองเห็นได้ง่ายมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.46, SD = .851) ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีประโยคสั้นๆจำได้ง่าย ($\overline{X}$ = 4.48, SD = .745) ด้านผู้สื่อสารที่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ ผู้ที่มีบุคลิกดี ที่น่าเชื่อถือ มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($\overline{X}$= 4.4, SD =.757) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรปรับวิธีการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และปรับสื่อให้เป็นไปตามความต้องการของประชาชน

คำสำคัญ: ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง, รูปแบบความต้องการการสื่อสาร, ความต้องการ การสื่อสารทางสุขภาพ

Abstract

This descriptive research aimed to study stroke knowledge and the need for health education pattern regarding stroke among the high – risk people in the 4th health region. A multistage random sampling of 381 subjects was used to collect data using a questionnaire. Analyzed by descriptive statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation, and median The results showed that the samples had a low levelof stroke knowledge ($\overline{X}$ = 18.55, SD = 7.338) included knowledge of causes, risk factors, signs and warning signs,

Corresponding Author: *E-Mail: jeeraporn.k@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 15 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 ม.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accept) 7 ม.ค. 2567

and stroke management. In addition, the health care providers were needed to be the most senders to inform stroke knowledge ($\overline{X}$ = 7.53, SD = 2.00) and they needed the big font or visible media ($\overline{X}$ = 4.46, SD = .851), easily understandable and concise media ($\overline{X}$ = 4.48, SD = .745). The characteristic of sender is good personality, trustworthiness, and knowledge of stroke ($\overline{X}$ = 4.4, SD = .757). Therefore, healthcare provider should be adjusting their methods of communicating stroke knowledge and adjust the media for the needs of the people.

Keywords: stroke knowledge, health education pattern, health communication needs

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease :Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 15 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี[1] ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยง เช่น อาหารทอด การไม่ออกกำลังกาย 2) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factors) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ยาเสพติด[2,3,4] จากความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังกล่าวได้มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

แม้จะมีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังคงพบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอัตราที่สูงและอัตราการเข้ารับการรักษาที่ในโรงพยาบาลที่ทันในเวลาภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหรือ 270 นาที มีอัตราที่ต่ำ ซึ่งการเข้ารับการรักษาภายในเวลาที่กำหนด จะสามารถลดอัตราการตายและอัตราการทุพพลภาพได้มากที่สุด[5,6,7] แต่พบว่าการมารับรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยส่วนใหญ่ มีระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลเกินเวลาที่กำหนด[2] มีสาเหตุมาจากที่กลุ่มผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ผู้พบเห็นเหตุการณ์และผู้ช่วยเหลือมีความรู้ไม่เพียงพอในการประเมินอาการ อาการเตือน การจัดการเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และไม่รู้ช่องทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [6,8,9]

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าร้อยละ 42 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เคยได้รับข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่เคยได้ยินคำว่าทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke Fast Tract)[10] และยังไม่พบรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพชัดเจน [9]

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีความสำคัญ ในการจัดการเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[6,8,9] ซึ่งการมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องนั้น มีความเชื่อมโยงกับการแสดงพฤติกรรม ซึ่งการส่งข้อมูลทางสุขภาพผ่านช่องทางการสื่อสารสู่ผู้รับสารนี้ หวังผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวคือการสื่อสารทางสุขภาพ[10,11,12] ซึ่งการเผยแพร่ข้อมูลทางด้านสุขภาพนี้ จะใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล และระดับสังคม โดยรวมได้นั้นจึงมีความสำคัญทั้งในแง่ของการมีความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ ตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้รับสารหรือประชาชนเพื่อสามารถที่จะส่งผลให้ผู้รับสารหรือประชาชนสามารถตัดสินใจในการมีพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายตามที่ต้องการได้

ดังนั้นการศึกษาแนวคิดการสื่อสารสุขภาพในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นประโยชน์ต่อประชาชน และควรเกิดความชัดเจนในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันตนเอง และลดอันตรายจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยการรับการรักษาได้ทันตามกำหนด[11] ซึ่งการสื่อสารสุขภาพนั้นควรพิจารณาความเหมาะสมด้านเนื้อหาที่จำเป็น รูปแบบการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และการรับรู้ตามวัยของกลุ่มที่รับสาร ซึ่งเป็นกระบวนการหรือขั้นตอนที่ต้องใช้ความรู้ในการตัดสินใจหรือประเมินอาการ

ในขณะที่เกิดก่อนการมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ทั้งสิ้น ตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (American stroke Association [ASA]) ที่เรียกว่าห่วงโซ่ของการรอดชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Chain Of Survival) ในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล (Pre - hospital) ที่มี 3 ประเด็นสำคัญ ที่ประกอบด้วย 1) การประเมินอาการ (Detection) ผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์มีความรู้และสามารถประเมินอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองได้ 2) การแจ้งหรือการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (Dispatch) การแจ้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว และตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างเร่งด่วน และ 3) การนำส่งอย่างรวดเร็ว (Delivery)

จากความสำคัญในประเด็นความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการให้ความสำคัญกับความรู้และรูปแบบการให้ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจหรือการจัดการเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการสื่อสารสุขภาพในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ยังเป็นเรื่องที่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาไม่ทันเวลาซึ่งเป็นระยะเวลา Golden Period หรือมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ลดลง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการเตือน และการจัดการเบื้องต้น และความต้องการในการเข้าถึงความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง และความต้องการรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ในเขตสุขภาพ ที่ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Stroke chain of survival) โดยสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (American stroke association) ตามขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วยมี 2 ระยะ คือ ระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Pre–Hospital) และระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล (In–Hospital)[12] การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาในระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Pre–Hospital) ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินอาการ (Detection) คือการประเมินอาการ และอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ อาการมุมปากตก หรือปากเบี้ยว (Face Drooping) อาการอ่อนแรงของแขน หรือขา (Arm Weakness) พูดไม่ชัดหรือมีการใช้ภาษาที่ผิดปกติไปจากเดิม (Speech Difficulty) และกลุ่มอาการที่เป็นอาการเตือนได้แก่ อาการชาครึ่งซีกเป็นๆ หายๆ มีความผิดปกติของการใช้ภาษา อาการพูดติดขัด เวียนศีรษะ บ้านหมุน ปวดศีรษะ 2) การแจ้งหรือการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินในโรคหลอดเลือดสมอง (Dispatch) โดยแจ้งข้อมูลสำคัญได้แก่ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดง ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ 3) การนำส่งโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เหมาะแก่การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างรวดเร็วภายในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่เกิน 270 นาที[6,7]

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการให้ข้อมูลทางสุขภาพสู่ประชาชนเพื่อการนำไปปรับใช้ในการเกิดการดูแลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพมีองค์ประกอบได้แก่ (ก) เนื้อหาข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (ข) รูปแบบการสื่อสาร ซึ่งหมายถึง วิธีหรือลักษณะการจัดการให้สื่อไปถึงประชาชน หรือกลุ่มเป้าหมาย (ค) ช่องทางสนับสนุนการสร้างความเข้าใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย และ (ง) กลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับสาร พิจารณาความเหมาะสมด้านการรับรู้ตามวัยของกลุ่มที่รับสาร[13] ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จึงหมายถึงการสื่อสารเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในเรื่อง สาเหตุ ปัจจัย อาการ อาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น ตรงตามความต้องการทั้งรูปแบบของสื่อและช่องทางการสื่อสารที่ตรงตามกลุ่มป้าหมายคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ของการศึกษาครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 วิทยาศาสตร์ ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2564 รหัสโครงการวิจัย 090/2564 และได้รับอนุมัติการวิจัยในคนกับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดนครนายก คำตอบในแบบสอบถามการวิจัยทั้งหมดจะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลายภายใน 2 ปี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความต้องการรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงในเขตสุขภาพที่ 4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือประชาชน ที่มีอายุ ตั้งแต่ 35 ถึง 60 ปี มีความสามารถ อ่าน ออก เขียน และสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ที่อาศัยในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 4 และได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 3,627 คน ใน 8 จังหวัด การคำนวณขนาดของประชากร ใช้สูตรเครจซี่และมอร์แกน[17] จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 381 คน[14]

คำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างต่อขนาดของจังหวัด ตามการแบ่งของกระทรวงมหาดไทย

ในเขตสุขภาพที่ 4 สามารถแบ่งได้ 2 ขนาดจังหวัด คือ จังหวัดขนาดเล็กและ จังหวัดขนาดกลาง

จังหวัดขนาดเล็ก จับฉลากได้ จังหวัดนครนายก และสุ่มจับฉลากอำเภอได้อำเภอเมืองนครนายก ได้กลุ่มตัวอย่าง 127 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณไม่เพียงพอ จึงจับฉลากอำเภอเพิ่มเติมได้อำเภอองครักษ์ เพิ่มอีกจำนวน 43 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามต้องการ 170 คน

จังหวัดขนาดกลาง จับฉลากได้ จังหวัดปทุมธานี และจับฉลากอำเภอได้ อำเภอเมืองปทุมธานี ได้กลุ่มตัวอย่าง 121 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณไม่เพียงพอ จึงจับฉลากอำเภอเพิ่มเติม ได้อำเภอลาดหลุมแก้ว เพิ่มอีกจำนวน 90 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามต้องการ 211 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม (1) ความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ (2) ความรู้เกี่ยวกับ อาการ อาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ และ (3) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่แน่ใจ และ ไม่ใช่ โดยตอบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่แน่ใจและ ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ระดับสูง หรือมีคะแนนในการตอบคำถามได้คะแนน 24.81–31 คะแนน คะแนนปานกลาง หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง หรือมีคะแนนในการตอบแบบสอบถามได้คะแนน 18.60–24.80 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงมีความรู้ระดับต่ำ หรือ มีคะแนนในการตอบแบบสอบถามได้คะแนน 0–18.59 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบ่งเป็น

1. แบบสอบถามระดับความต้องการรูปแบบการสื่อสารทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 รูปแบบ

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลือกรูปแบบความต้องการ การสื่อสารทางสุขภาพ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) ด้านลักษณะของสื่อที่ต้องการ 2). ด้านวิธีการนำเสนอสื่อ และ 3) ด้านผู้สื่อสารสื่อที่ต้องการ เป็นแบบเลือกตอบตามระดับความต้องการ 5 ระดับ ความต้องการ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ท่านพบในการสื่อสารความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ท่านได้รับ โดยให้แสดงความคิดเห็นในช่องว่าง

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ โดยให้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในช่องว่าง

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (CVI) = 1 การทดสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) ดังนี้ แบบสอบถามตอนที่ 2 ที่มีข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของ Kuder Richardson (Kuder Richardson' Method) ได้ผลการทดสอบเท่ากับ .955 แบบสอบถามตอนที่ 3 ส่วนที่ 1 มีค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach's Alpha เท่ากับ .748 ซึ่งถือว่ายอมรับได้[15]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

(Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percent), การหาค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 381 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 270 คน (ร้อยละ 70.90) มีอายุเฉลี่ย 50.2 ปี (SD = 7.09) ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ49.10) สถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 59.80) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 39.80) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 66.10) เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองทางสิ่งพิมพ์ ได้แก่ วารสาร หนังสือ แผ่นพับ ใบปลิว นิตยสาร (ร้อยละ 55.10) และร้อยละ 44.90 ที่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าที่เป็นไปได้ ค่าที่ได้ (n = 381)

ตัวแปร	($\bar{X}$) (SD)	ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	18.55 (7.338)	ต่ำ
- สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	7.99 (3.576)	ต่ำ
- อาการ อาการเตือน	5.24 (2.853)	ต่ำ
- การจัดการโรคหลอดเลือดสมอง	5.32 (2.482)	ต่ำ

พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$) = 18.55 คะแนน (SD = 7.338) หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับต่ำ ซึ่งมีข้อมูลรายละเอียดของเนื้อหาตามจำนวนคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเป็นจำนวนคนและร้อยละในประเด็นที่ควรสังเกตดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อคำถาม “ผู้ที่มีญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง” ตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 31.20

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อคำถาม“อาการสับสน พูดเอะอะโวยวาย ซึมลงอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง” ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 40.40

3. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อคำถาม “การนำผู้ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที ไม่มีผลต่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง” ตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 31.80

3. ความต้องการรูปแบบการสื่อสารทางสุขภาพและลักษณะของสื่อในการสื่อสารทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในเขตสุขภาพที่ 4

3.1 รูปแบบการสื่อสารทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องการมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความต้องการด้านการสื่อสารทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n = 381)

รูปแบบสื่อสารทางสุขภาพ	($\bar{X}$) (SD)	ระดับความต้องการ
1. สิ่งพิมพ์ ได้แก่ วารสาร หนังสือพิมพ์ หนังสือ แผ่นพับ ใบปลิว นิตยสาร	6.00 (2.29)	ปานกลาง
2. โทรทัศน์ /ภาพยนต์	6.73 (2.59)	ปานกลาง
3. สื่อโซเชียลมิเดีย ได้แก่ ไลน์ เฟสบุค ยูทูป อินสตราแกรม	6.67 (2.59)	ปานกลาง
4. เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.	7.53 (2.00)	ปานกลาง
5. ป้ายประชาสัมพันธ์ / โปสเตอร์	5.32 (2.28)	ต่ำ

รูปแบบการสื่อสารทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องการมากที่สุด ได้แก่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ($\bar{X}$) = 7.53 (SD = 2.00) ซึ่งมีความต้องการในระดับปานกลาง

3.2 ลักษณะของสื่อในการสื่อสารทางสุขภาพที่มีความต้องการมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ลักษณะของสื่อในการสื่อสารทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n = 381)

ลักษณะของสื่อ	($\bar{X}$) (SD)	ระดับความต้องการ
1. สีสวยงาม มีรูปภาพประกอบ	4.32 (.832)	ต้องการมาก
2. มีความแข็งแรงทนทาน	4.34 (.838)	ต้องการมาก
3. มีขนาดใหญ่มองเห็นได้ง่าย	4.47 (.852)	ต้องการมาก
4. ตัวอักษรที่ใช้มีขนาดใหญ่ อ่านง่าย สีสวยงานสะดุดตา	4.46 (.851)	ต้องการมาก
5. เป็นภาพเคลื่อนไหว	4.02 (1.011)	ต้องการมาก
6. สามารถเข้าถึงสื่อได้ง่าย มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก	4.46 (.818)	ต้องการมาก

ลักษณะของสื่อในการสื่อสารทางสุขภาพ ที่มีความต้องการมากที่สุด ได้แก่ มีขนาดใหญ่มองเห็นได้ง่าย ($\bar{X}$) = 4.47 (SD =.852) ซึ่งมีระดับความต้องการลักษณะของสื่อในระดับมาก

3.3 วิธีการนำเสนอของสื่อเพื่อการสื่อสารทางสุขภาพ ที่ต้องการมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิธีการนำเสนอของสื่อเพื่อการสื่อสารทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 381)

การนำเสนอสื่อ	($\bar{X}$) (SD)	ระดับความต้องการ
ลักษณะสื่อ		
1. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีประโยคสั้นๆ จำได้ง่าย	4.48 (.745)	ต้องการมาก
2. น้ำเสียงชัดเจน มีประโยคสั้นๆ จำได้ง่าย (กรณีใช้เสียงพูดหรือการกระจายเสียง)	4.42 (.799)	ต้องการมาก
3. ข้อมูลมีรายละเอียดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ชัดเจน	4.41(.755)	ต้องการมาก
4. ข้อมูลมีความถูกต้องมีการอ้างอิงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	4.40(.777)	ต้องการมาก
5. เป็นภาพเคลื่อนไหวที่อธิบายความหมายได้ชัดเจนและถูกต้อง	4.25(.870)	ต้องการมาก
ลักษณะของผู้สื่อสาร		
1. ผู้ให้ความรู้ มีบุคลิก ที่น่าเชื่อถือ มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (กรณีการให้ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์)	4.44(.757)	ต้องการมาก
2. มีช่องทางให้สอบถามและได้รับคำตอบเมื่อเกิดข้อสงสัย	4.35(.799)	ต้องการมาก
3. มีการกระจายเสียง (กรณีวิทยุ) หลายช่อง และแพร่ภาพ (กรณีโทรทัศน์) หลายสถานี มีการแพร่ภาพ และกระจายเสียงหลายครั้งในแต่ละวัน	4.30(.835)	ต้องการมาก

วิธีการนำเสนอของสื่อเพื่อการสื่อสารทางสุขภาพ ที่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีประโยคสั้นๆ จำได้ง่าย ($\bar{X}$) = 4.48 (SD =.745)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ มีสาเหตุมาจากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งระดับการศึกษาและวัยสูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ โดยการแยกประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความรู้ในระดับต่ำ โดยพบว่าข้อคำถามที่ตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุด คือผู้ที่มีญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องมาจากส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความเกี่ยวข้องทางพันธุกรรม สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอายุ 30 ปี ขึ้นไป พบว่าความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ[10] อธิบายได้ว่าความรู้ที่กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่ทราบคือความรู้ที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง ข้อคำถามที่ตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุด คืออาการสับสน พูดเอะอะโวยวาย ซึมลงอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเลือดสมอง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่อาการสำคัญ เช่น อาการอ่อนแรง พูดไม่ชัด ที่พบว่าส่วนใหญ่จะจัดการกับอาการด้วยการรอดูอาการ เนื่องจากมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยทั่วไปและ ไม่รุนแรง[6]

3. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น พบว่าความรู้ในระดับปานกลาง ข้อที่ ตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุด คือการนำผู้ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ภายในระยะเวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที ไม่มีผลต่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง โดยไม่ทราบถึงระยะเวลาที่ส่งผลต่อการหายหรือลดอัตราการพิการส่งผลให้นำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลล่าช้า สอดคล้องกับกับการศึกษาที่พบว่าการขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเร่งด่วนที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล และการไม่เรียกใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน ในการเดินทางมารับการรักษามีผลให้มารับการรักษาช้า[6]

ความต้องการรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แยกได้ดังต่อไปนี้

1. ระดับความต้องการรูปแบบการสื่อสารทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความต้องการมากที่สุด คือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. อธิบายได้ว่าเพราะเป็นการสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูลเมื่อเกิดข้อสงสัยได้ และมีการให้ข้อมูลซ้ำได้ สอดคล้องกับการที่ศึกษาที่พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง[6]

2. รูปแบบความต้องการ การสื่อสารทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น

2.1. ด้านลักษณะของสื่อที่มีความต้องการมากที่สุด ได้แก่มีขนาดใหญ่มองเห็นได้ง่าย ซึ่งสื่อที่มีตัวอักษรชัดเจนอ่านง่าย มีกิจกรรมประกอบทักษะการเรียนรู้กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และมีภาพประกอบเพื่อการอธิบายให้ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจได้ง่าย กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75 เห็นด้วยอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเนื้อหาในสื่อที่มีตัวอักษรชัดเจนอ่านง่าย ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และจดจำเนื้อหาที่เป็นประโยชน์[11]

2.2. ด้านวิธีการนำเสนอสื่อ ที่มีความต้องการมากที่สุด ได้แก่ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีประโยคสั้นๆ จำได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75 เห็นด้วยอย่างยิ่งในการใช้รูปแบบการสอน การใช้เสียงที่ชัดเจนเป็นภาษาง่ายๆ ประกอบสื่อเข้าได้ดีกับบรรยากาศ และมีความเหมาะสมกับเนื้อหาที่สอนสื่อเรื่องเล่าประกอบภาพส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เป็นสื่อที่บอกเล่าเรื่องราว ที่สามารถกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับสื่อที่ผู้รับสื่อมีความสามารถในการ อ่าน เขียน ในระดับต่ำหรือจำกัด[11]

2.3. ด้านผู้สื่อสาร ด้านผู้สื่อสารสื่อที่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ ผู้ให้ความรู้มีบุคลิกที่น่าเชื่อถือ มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (กรณีการให้ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ให้ความรู้ต้องมีการหาข้อมูลที่ถูกต้อง มีการคัดกรองข้อมูลก่อนการนำเสนอ และการนำเสนอด้วยประโยคที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน สิ่งที่สำคัญ ผู้ให้ความรู้ต้องมีบุคลิก ที่น่าเชื่อถือ มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีการหาข้อมูลที่ถูกต้อง มีการคัดกรองข้อมูลก่อนการนำเสนอ และการนำเสนอด้วยประโยคที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน[11]

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด -19 การนัดหมายกลุ่มตัวอย่างจะทำได้ยาก เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตรงกับวันนัดพบแพทย์ซึ่งทำให้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลล่าช้าเนื่องจากการการนัดหมายมีระยะเวลาเลื่อนห่างออกไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองและสามารถจัดการเบื้องต้นและนำส่งโรงพยาบาลได้ทันภายใน 270 นาที เพื่อลดอัตราการตายและพิการ

References

1. Ministry of Health. Stroke Handbook (Paralysis, Paresis) For the public.2015. (in Thai)
2. BinthaiSong T. Bringing patients with acute stroke to the hospital. Police Nurse. 2014; 6(2): 275 - 82. (in Thai).
3. Pralungrit S. Risk factors of stroke, Pathum Thani Province, Thailand. Medical Archives (Master thesis). Christian University Faculty of Nursing. 2016 ;98(7):649 -55. (in Thai).
4. Nilnate N. Risk factors and prevention of stroke among hypertensive patients. Journal of the Army Nurse, 2022; 20(2), 51-7. (in Thai).
5. Srithum K, & Nernpermpisooth N. Access model for emergency medical services. Stroke patients Bang Rakam Subdistrict, Bang Rakam District, Phitsanulok Province.Journal of Disease Prevention and Control Sor.2 Phitsanulok. 2018 ;5(3) :43 - 56. (in Thai).
6. Charmnanpoh R, Sangchan H, & Chinnawong T. Relationship Between Symptom Experiences, Symptom Management, and Stroke Severity of Patients with Acute Ischemic Stroke. Songklanagarind Journal of Nursing. 2020;40(1): 140-53.(in Thai).
7. Khammak U, & Sindhu S. Duration of blood thinners on neurological recovery in patients with acute ischemic stroke or thrombosis. Thammasat Hospital Chalermprakiat. Journal of the Royal Thai Army Nurse. 2015 ;16(2):106 -13. (in Thai).
8. Khamsarirak J, & Jitpanya C. Factors related to the duration of treatment of Acute Stroke Patients.2015 ;7(2):106 -19. (in Thai).
9. BinthaiSong T, Panphakdee O, Orathai P, & Rattanakorn D. Factors related to Time of arrival at the hospital after symptoms of acute stroke.Journal of Charity. 2014; 20(1): 15-9. (in Thai).
10. Nuannet N, & Cheecha D. Knowledge of stroke and behaviors to Reduce the risk of Stroke among at-risk people in the triangle community, Muang District, Khon Kaen Province.Journa of Medical Technology and Physical Therapy. 2012; 24 (3):318 -26. (in Thai).

11. Walter J, Upara Q, & Thanasuwan P. Development of disease awareness models Stroke for at-risk people in northern local communities. Vasarn Southern College of Nursing and Public Health Network. 2016 ;3(2): 100 -16. (in Thai).
12. Powers W J, Rabinstein A A, Ackerson T, Adeoye O. M, Bambakidis, N. C., Becker, K., & Biller J. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemi Stroke: A Guideline for Health Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. 2018; 30(3): 607 -10.
13. Community People Association of Private higher Education Institutions of Thailand In His Majesty's Patronage HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn. 2018.
14. Narakur S. Development and Quality Verification of Instruments: Psychological Measurement-Features. Bangkok: Chulalongkorn University Press.2013. (in Thai).
15. Krejcie RV, & Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement.1970; 30(3): 607-10.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Predicting Factors of Family Caregivers' Quality of Life Caring for Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ทิมาพร เป็งแสนฟู วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์* ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ
Timaporn Pengsandfoo Virapun Wirojratana* Doungrut Watanakitkrilert
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing Mahidol University Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง ต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 138 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แบบวัดความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล SF-36 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91, 0.87, 0.79, 0.96 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล และความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 50 (R^2_{adj} = 0.500, $p < .05$) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าควรมีการประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุ รวมถึงความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการส่งเสริมคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยครอบครัว พัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ความพร้อมผู้ดูแล, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This predictive study aimed to study the power of predicting the relationship quality between family caregivers of older persons, preparedness of caregivers, amount of help from others, and direct caregiver's strain toward the quality of life of the family caregivers of elderly people with chronic obstructive pulmonary disease. The sample was 138 family caregivers by using the questionnaires: the mutuality between family caregivers of older persons, caregiver preparation, the amount of help from others, caregiver role strain from direct care, and caregivers' quality of life (SF-36). The questionnaire has a reliability value of 0.91, 0.87, 0.79, 0.96 and 0.83 respectively. The data were analyzed using multiple linear regression analysis

Corresponding Author: *E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th
วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 29 มี.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 มิ.ย. 2566

The results of the study found that mutuality between family caregivers of older persons with COPD, preparedness of caregivers, and direct caregiver's strain can statistical significant (R^2_{adj} = 0.500, p < .05) predict the family caregivers' quality of life caring for older persons with COPD.

The study found that there should be an assessment in the care of family caregivers of older persons with COPD in both physical and mental readiness, mutuality between family caregivers of older persons, and direct caregiver's strain to plan appropriate nursing care in preparing the family caregivers to be able to take care of older persons with COPD, to promote the quality of care and quality of life of family caregivers, and develop guidelines for nursing home, and develop continuous health service system at home to increase efficiency.

Keywords: quality of life, preparedness, caregiver, older persons, chronic obstructive pulmonary disease

บทนำ

ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 11,136,059 คน[1] คิดเป็นร้อยละ 16.73 และคาดว่าภายในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์[2] (Aged society) สถานการณ์โลกโดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลก[3] และความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในเขตกรุงเทพมหานครพบความชุกและอุบัติการณ์[4] ร้อยละ 7.11 และ 3.63

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับความรุนแรงของโรคเริ่มจากระดับที่มีอาการน้อย ไปจนถึงระดับที่มีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลาแม้ในขณะ มีอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี[5] โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีโอกาสเกิดอาการกำเริบและมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น[6] ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวัยผู้สูงอายุดูแลตนเองได้น้อย สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอยมีความยืดหยุ่นและความจุปอดลดลงจากความเสื่อมตามวัย[7] ร่วมกับมีพยาธิสภาพในระบบทางเดินหายใจทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม[8] ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงอยู่ในภาวะพึ่งพาต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว ญาติผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ญาติผู้ดูแล เป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น การดูแลรับประทานยาหรือการใช้ยาสูดพ่นยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอ และสามารถจัดการกับอาการกำเริบที่เป็นภาวะฉุกเฉินได้ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลมีความซับซ้อนและมีความจำเพาะตามพยาธิสภาพของโรค หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลช่วยเหลือล่าช้า หรือเทคนิคที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้ระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและเสียชีวิตได้[9,10] ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแล เช่น ปวดเมื่อย ปวดศีรษะจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่อาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยและขาดรายได้แต่มีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบด้านจิตใจ มีความวิตกกังวลและความเครียดจากการดูแลอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[11] ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาอำนาจการทำนายตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยยังพบได้น้อย ส่วนใหญ่พบการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ[12] และการศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย[9,13] ซึ่งในประเทศไทยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ในบริบทการดูแลที่แตกต่างกันอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้แตกต่างกัน[17] การศึกษาอำนาจการทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลที่ชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังพบได้น้อย[13] เพื่อเพิ่มความชัดเจนให้แก่ผู้ดูแลในการมี

แหล่งสนับสนุนการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ให้การช่วยเหลือดูแลที่จำเพาะในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น ปัจจัยปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล[14] ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนจากสังคมและสภาพเศรษฐกิจในครอบครัวมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[11] การศึกษาที่ผ่านมายังไม่ชัดเจนและอาจไม่ตรงกับบริบทในประเทศไทย

ปัจจัยความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื่อรัง ส่วนใหญ่พบการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างไป[12,15] เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดความเครียดของผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของผู้ดูแลนำไปสู่งคุณภาพในการดูแล และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เพื่อนำองค์ความรู้ไปต่อยอดพัฒนาแนวทางการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับครอบครัวเป็นการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้เกิดความชัดเจนในบริบทสังคมไทย ส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยซึ่งเป็นคุณภาพสูงสุดในการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลและพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

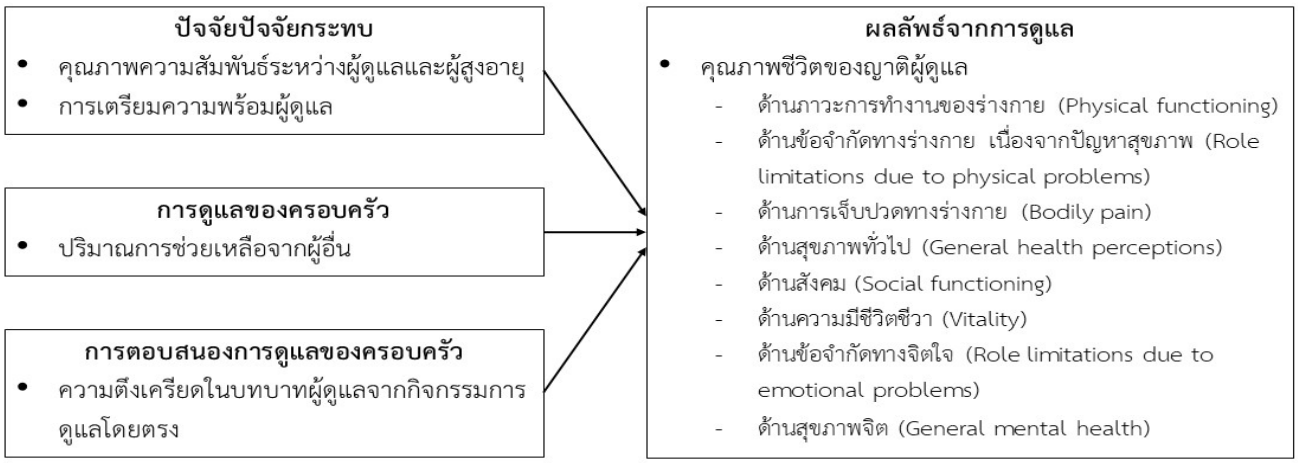
เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง ต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐาน

คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการดูแลของครอบครัว The Family Care Model[16]โดยเป็นทฤษฎีอธิบายปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน มีความสอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในครอบครัวของสังคมไทยในปัจจุบัน ที่เน้นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์ของการดูแล ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักอาจมีประสบการณ์การดูแลทั้งด้านบวก คือ รางวัลจากการดูแล และด้านลบ คือ ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งประสบการณ์ของการดูแลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล แนวคิดการดูแลของครอบครัว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยกระทบการศึกษาครั้งนี้ศึกษาคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล 2) การดูแลของครอบครัว คือ ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น 3) การตอบสนองการดูแลของครอบครัว คือ ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง และ 4) ผลลัพธ์จากการดูแล คือ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีการดำเนินความรุนแรงของโรคและอาจเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลาร่วมกับผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา คนในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้ดูแล จากกิจกรรมการดูแลที่มีความซับซ้อนจำเพาะต่อโรคซึ่งเป็นภาระงานที่หนักของญาติผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาดังแผนภูมิที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพามาตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอด และคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป หากมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะต้องไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini-Cog ฉบับภาษาไทย) โดยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล ให้การดูแลนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปและไม่น้อยกว่า 9 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลสามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล และ/หรือภาวะเครียดที่กำลังได้รับการรักษา และผู้ป่วยที่ดูแลต้องไม่มีโรคร่วมระยะสุดท้าย ได้แก่ โรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกไตผ่านเครื่องไตเทียมหรือล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยเก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 จำนวน 138 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา[12] โดยใช้ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยเท่ากับ .287 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .089 มีตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปรในการคำนวณ แทนค่าในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 ราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย และจำนวนผู้ป่วยอื่นๆ ที่ต้องให้การดูแล และส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สิทธิการรักษา โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และอาการกำเริบใน 1 ปีที่ผ่านมา

2. แบบสอบถามคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดู[17] จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน แปลผลด้วยสถิติความเบ้[18] ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

3. แบบวัดความพร้อมในการดู[15] จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน แปลผลด้วยสถิติความเบ้[18] ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง และค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

4. แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลผู้สูงอายุ[17] จำนวน 10 ข้อ วัดความพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่

ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน แปลผลด้วยสถิติความเบ้[18] ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย การได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่ในระดับสูง และค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา การได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง[17] จำนวน 91 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน แปลผลด้วยสถิติความเบ้[18] ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงอยู่ในระดับสูง และค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงอยู่ในระดับต่ำ

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล Short Form Health Survey 36 ฉบับภาษาไทย[19] คำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ คำถามทั้งหมด 36 ข้อ คะแนนเฉลี่ยรวม 0 - 100 คะแนน คะแนน 0 – 50 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี และคะแนน 51-100 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ได้รับการพัฒนาเป็นที่ยอมรับ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ[12,14,20] ผู้วิจัยจึงหาคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แบบวัดความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (SF-36) ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น 0.91, 0.87, 0.79, 0.96 และ 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2565 รหัสโครงการ IRB-NS 2022/17.310 COA No.IRB-NS2022/679.0204 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA No. 0785/2022 ลงวันที่ 8 มิถุนายน 2565 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยโดยการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ ทั้งนี้การปฏิเสธหรือการยุติการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลตามสายบังคับบัญชา ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์พยาบาลประจำคลินิกโรคปอด และคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและแนะนำผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียด แบบสอบถาม 6 ชุด รวม 180 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 60-80 นาที แบ่งเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-45 นาที พัก 10 นาที หรือตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก และตอบแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์ โดยสถานที่ตอบแบบสอบถามอยู่ใกล้กับบริเวณห้องตรวจ หากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเข้าพบแพทย์ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามได้ทันที และสามารถกลับมาตอบแบบสอบถามต่อภายหลังเมื่อสะดวกจนเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเบ้ (Skewness) และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank coefficients) และวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 138 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.54 มีอายุ 30-45 ปี ร้อยละ 54.35 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.24 ปี (S.D. = 10.40) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 55.80 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 49.28 มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 59.42

เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 86.96 และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 74.64 ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นระยะเวลา 3 – 6 ปี ร้อยละ 49.28 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแล 9 - 12 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 65.94 และลักษณะของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 95.65 มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 50.72 โดยมีอายุเฉลี่ย 73.57 ปี (S.D. = 6.37) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ Moderate (GOLD 2) ร้อยละ 46.38 มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 3-6 ปี ร้อยละ 51.45 และมีอาการกำเริบ 1 ครั้ง / ปี ร้อยละ 68.12 มีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.46

คุณภาพความสัมพันธ์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 52.86, S.D = 5.10, Skewness = -1.16) กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 28.03, S.D = 3.49, Skewness = -1.36) กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 20.62, S.D = 3.94, Skewness = -1.44) และกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 60.93, S.D. = 28.88, Skewness = 0.31)

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.20 ($\overline{X}$ = 64.99, S.D. = 6.48) โดยคุณภาพชีวิตแบ่งตามองค์ประกอบ 8 มิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านด้านสุขภาพทั่วไป (General health perceptions) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.68 ($\overline{X}$ = 65.47, S.D. = 17.77) คือญาติผู้ดูแลเชื่อว่าสุขภาพส่วนตัวดีเยี่ยม และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต (General mental health) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.06 ($\overline{X}$ = 55.91, S.D. = 7.84) คือญาติผู้ดูแลรู้สึกสงบ สบาย มีความสุขตลอดเวลาในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 138)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ	1.000				
2.การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล	0.393**	1.000			
3.ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น	0.180*	0.106	1.000		
4.ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง	-0.132	-0.323**	-0.089	1.000	
5.คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล	0.381**	0.293**	0.152	-0.345**	1.000

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

จากตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล และความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.381, 0.293, -0.345, p < .05 ตามลำดับ) และปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว (Enter regression analysis)

ตัวแปรทำนาย	b	SE(b)	Beta	t	p-value
Constant	22.642	4.972	-	4.554	.000
คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ	9.532	1.302	0.499	7.321	.000
การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล	2.573	1.029	0.173	2.500	.014
ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น	0.845	0.617	0.086	1.369	.173
ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง	-4.714	1.310	-0.231	-3.597	.000

$R = .717$ $R^2 = .515$ $R^2_{adj} = .500$

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์อำนาจการทำนายพบว่า คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล และความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 50 (R^2_{adj} = 0.500, F = 35.244, p < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีวุฒิภาวะสามารถรับรู้และแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาได้ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น[21] จะเห็นได้จากคะแนนการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูง และคะแนนความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรงอยู่ในระดับต่ำ สามารถดูแลผู้สูงอายุทำกิจกรรมการดูแลได้โดยไม่รู้สึกยากลำบาก ร่วมกับคะแนนคุณภาพความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ มีความผูกพันและมีความเชื่อเรื่องความกตัญญูจะทำให้ลูกหลานมีชีวิตที่ดีและเจริญก้าวหน้า[12] การศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพทั่วไปและด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี

คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีขนาดอิทธิพลสูงสุดในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($\overline{X}$ = 0.499, p < .05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคุณภาพความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2_{adj} = 0.22, p < .05)[13] ซึ่งกล่าวได้ว่าคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาในครั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ตามลักษณะวัฒนธรรมไทยที่มีความเชื่อเรื่องการดูแลบิดามารดาเป็นการตอบแทนพระคุณ ซึ่งคะแนนความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด คือ รู้สึกรักในตัวผู้สูงอายุ เป็นความสัมพันธ์ทางบวกที่เกิดขึ้นในขณะการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูงส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลของครอบครัว[16]

การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลมีขนาดอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($\overline{X}$ = 0.173, p < .05) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2_{adj} = 0.500, F = 35.244, p < .05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเตรียมพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ = 0.28, p < .05)[21] ซึ่งกล่าวได้ว่าการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาในครั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมในการขอความช่วยเหลือหรือข้อมูลจำเป็นในการดูแลจากแหล่งประโยชน์มากที่สุด และมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจทั้งตัวผู้ดูแลเองและผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรีจึงมีความพร้อมในการดูแล การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขและข้อมูลในการช่วยเหลือแก้ไขในสถานการณ์การดูแล[22] ญาติผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแล มีการรับรู้ถึงความพร้อมในบทบาทการเป็นผู้ดูแลส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้[16,18]

ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรงมีขนาดอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($\overline{X}$ = -0.231, p < .05) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเครียดจากบทบาทการดูแลสามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .260, F = 17.027, p < .05)[14] ซึ่งกล่าวได้ว่าความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาในการดูแลโดยเฉลี่ย 12.76 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลามากกว่า 3 – 6 ปี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูงที่สุดในกิจกรรมการจัดการการกับอาการป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุ และรองลงมาญาติผู้ดูแลต้องช่วยผู้สูงอายุในการรับประทานยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนกลางมีวุฒิภาวะสามารถรับรู้และแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาได้และสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดี[23] ร่วมกับมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง สามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลได้ดี เข้าถึงการช่วยเหลือจากทีม

สุขภาพได้ในภาวะฉุกเฉิน และพร้อมในด้านเศรษฐกิจครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรงอยู่ในระดับต่ำส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแล ตามทฤษฎีการดูแลของครอบครัว[16]

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนจากสังคมมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[11] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากการช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับจากญาติ เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางสุขภาพเป็นการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมการดูแลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เป็นครั้งคราวในช่วงระยะเวลาสั้นๆ แต่ไม่ต่อเนื่องและอาจไม่ครอบคลุมกับปัญหาในการดูแล ญาติผู้ดูแลอาจต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการส่งเสริมด้านอารมณ์และจิตใจของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จะมีผลให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลของครอบครัว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. พยาบาลควรประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง เมื่อพยาบาลทราบถึงปัญหาการขาดความพร้อมของผู้ดูแล หรือเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องใด พยาบาลวางแผนการพยาบาล เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความพร้อมของญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ตรงตามแผนการรักษา เมื่อกลับบ้านเกิดความมั่นใจในการดูแลเป็นการส่งเสริมคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

2. พยาบาลควรประเมินคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล เช่น การจัดกิจกรรมรวมใจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุเล่าถึงสิ่งที่ประทับใจซึ่งกันและกันในการดูแล เพื่อกระชับความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เกิดความเข้าใจในการดูแล ให้กำลังใจกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุเกิดความรักความผูกพัน ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจและมีประสิทธิภาพในการดูแล นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยในด้านการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแล การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการจัดการกับอาการกำเริบที่เป็นภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่ออยู่ที่บ้าน ต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน นำไปสู่คุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

References

1. The department of older persons, the ministry of social development and human security. Survey of the Older Persons in Thailand, 2021.
2. Department of mental health. Thailand's steps into a perfect aging society, 2020.
3. World Health Organization. The world Health Organization quality of life assessment: Position paper form the WHO. Social Science & Medicine. 2020;41(10):1403-09.
4. Central Chest Institute of Thailand. Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2017.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease; 2020.
6. Thoracic Society of Thailand Under Royal Patonage.COPD, 2017.
7. Thai Health Promotion Roundation. Take care of the elderly, 2017.
8. Cedano S, Bettencourt ARC, Traldi F, Machado MCO, & Belasco AGS. Quality of life and burden in carers for persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease receiving oxygen therapy. Latino-Am Enfermagem. 2013;21(4):860-7.

9. Clari M, Ivziku D, Piredda M, Grazia M, & Matarese M. Anxiety, depression and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients and caregivers. Springer Nature Switzerland. 2018;28(1):461-72.
10. Utthiya P, Sereewichayasawad N, Wonganu A, Srisawatchim S, Wongthong S, Kadbua S, & Arunsinprasert C. Factors Associated with Medication Administration of Home-Based Patient by Caregiver. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2):390-8 (in Thai)
11. Chu HH, Lee KS, Lee KH, Chung JH, Shin KC, & Hwang TY. Association of physical and psychological health status between COPD and their family caregivers. Health Care for Women International. 2019;40(10):1019–30.
12. Doungchan N, Wirojratan V, & Jitramontre N. Correlation between the Quality of Life of Stroke Patients' Caregivers and Basic Factors, Mutuality and Rewards of Caregiving. Thai journal of nursing council. 2017;32(2);65-78. (in Thai)
13. Shyu YL, Yang CT, Huang CC, Kuo HC, Chen ST, & Hsu WC. Influences of Mutuality, Preparedness, and Balance on Caregivers of Patients With Dementia. Journal of Nursing Research. 2010;18(3):155-63.
14. Sutthilak C, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors Predicting Health Status on Caregivers of Elderly People with Dementia. Journal Royal Thai Army Nurses. 2018;19(1):191-200. (in Thai)
15. Dethkan S, Kankhwao P, & Kankhwao B. Stress and Quality of Life Caregivers of Elderly inLao Phatthana Sub-District Health Promotion Hospital, Na Wa District, Nakhon Phanom Province. Journal of Council of Community Public Health. 2020;3(2),31-43. (in Thai)
16. Archbold PJ, & Stewart BJ. Family Caregiving Inventory [Unpublished manuscript]. Portland: Oregon Health Sciences University;1986
17. Wirojratana V. Development of the Thai Family Care Inventory [Doctoral dissertation]. Portland:Oregon Health & Science University; 2002.
18. Gray JR, Grove SK, & Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
19. Leurmarnkul W, & Meetam P. Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences. 2005;29(1-2):69-88. (in Thai)
20. Chawbol M, Wirojratana V, & Wattanakitkrileart D. Factors Predicting Depressive Symptomsamong Caregivers of Dependent Elderly. Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):90-104. (in Thai)
21. Petruzzo A, Biagioli V, Angela D, Gialloreti LE, Agostino FD, Alvaro, R, & Vellone E. Influence of preparedness on anxiety, depression, and quality of life in caregivers of heart failure patients: Testing a model of path analysis. Elsevier sciencedirect journals. 2019;102(5): 1021–8.
22. Mongkhonsuebsakul V. Thailand's Access to Healthcare Services: The reflection and inequality of Vulnerable Group. Sau journal of social sciences & humanities. 2022;6(1): 55-69. (in Thai)
23. Chaiyasit S. The mental state of the adult : Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, 2022.

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤต : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร

Prevalence and Risk Factors of Musculoskeletal Disorders Among Intensive Care Unit Nurses: A Case Study in a Hospital, Bangkok

จิรเมธ พจน์จริยาพร พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์*
Jirameth Pojjariyaporn Pornchai Sithisarankul Thanapoom Rattananupong*
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330
Chulalongkorn University, Bankok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุก และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถาม รวมถึงประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในแต่ละลักษณะงาน และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบความชุกของการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมาร้อยละ 79.2, 72.3 ตามลำดับ ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณหลังส่วนล่าง ปัจจัยเสี่ยงของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ อายุ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ชั่วโมงการทำงาน และความเสี่ยงทางการยศาสตร์ โดยในแต่ละลักษณะงานพบความเสี่ยงทางการยศาสตร์ตำแหน่งคอ และหลัง มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ดังนั้นในแผนกผู้ป่วยวิกฤตควรมีการแก้ไขปรับปรุงสถานีงานในแต่ละลักษณะงานเพื่อลดระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์โดยเฉพาะตำแหน่ง คอ และหลัง รวมถึงจัดภาระงาน และเวลาการทำงานให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับท่าทางการทำงานที่เหมาะสม การออกกำลังกาย เพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

คำสำคัญ: อาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ, ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์, พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

The purpose of this research is to reveal prevalence and risk factors of musculoskeletal disorders. The researcher distribute questionnaires and assess ergonomic risk factors for each type of work. The information obtained will be used to analyze relationships. The prevalence of musculoskeletal disorders in the past 12 months was 79.2% and 72.3% in the past 7 days, respectively. The highest affected region was lower back. Risk factors of musculoskeletal disorders include age, exercise habits, working hours and ergonomic risks. For each type of work, ergonomic risks in neck and back region were found to be associated with musculoskeletal disorder. Therefore, there must be improvement each type of working condition to reduce the level of ergonomic risk, especially the neck and back regions, Including workload and working hours to suit

*Corresponding author: athanapoom@gmail.com

วันที่รับ (received): 26 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised): 1 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 เม.ย. 2567

each individual. Training on proper working postures and exercise to prevent and reduce musculoskeletal disorders.

Keywords: Musculoskeletal disorder, Ergonomic risk factor, Intensive care unit nurses

บทนำ

อาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาใหญ่ที่พบได้ทั่วโลก พยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมากที่สุด[1,2] ในทวีปเอเชียพบพยาบาลวิชาชีพมีอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อร้อยละ 78.6[3] จากการสำรวจ ในประเทศไทยปัญหาสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่พบมากที่สุดคือปัญหาอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อพบรายงานความชุกการเกิดในช่วง 1 ปีสูงถึงร้อยละ 61.5-91.7 ของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด[4] อาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่พบมากสุด 3 อันดับแรกได้แก่ หลังส่วนล่าง คอ และไหล่[5] โดยมีอาการอ่อนล้า ความรู้สึกไม่สบาย อาการชา และอาการปวด[6] พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมากที่สุดเมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพแผนกอื่น ๆ[7] โดยพบความชุกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤติมีอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อร้อยละ 96-98 ของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด[8] ผลกระทบของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ความรู้สึกไม่สะดวกสบายในการใช้ชีวิต คุณภาพชีวิตลดลงจากอาการที่เกิดขึ้น หากเป็นรุนแรงอาจทำให้เกิดการหยุดงานหรือลาออกจากงานได้[9] ผู้วิจัยสนใจศึกษาหาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในแผนกผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากยังมีการศึกษาในประชากรกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อยและพบความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในแผนกนี้มากที่สุด ผลการวิจัยนี้จะทำให้ทราบถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันสุขภาพ และเป็นข้อมูลในการออกนโยบายในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

คำถามงานวิจัย

1. ความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

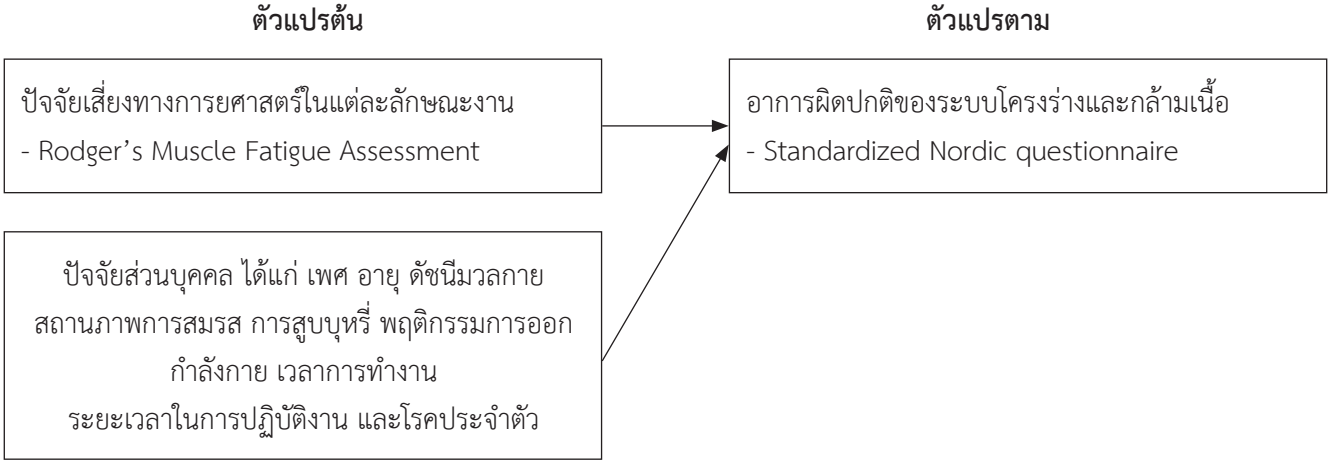
เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์มีผลต่ออาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดงานวิจัย

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลส่วนบุคคล และทำการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในแต่ละลักษณะงานด้วยแบบประเมิน Rodger's Muscle Fatigue Assessment รวมถึงทำการเก็บรวบรวมการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อด้วย Standardized Nordic questionnaire เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางศึกษา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Descriptive cross-sectional study) เก็บข้อมูลช่วงเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร

ประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานครโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง รวมจำนวนทั้งสิ้น 284 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคประจำตัวทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมาก่อนหน้านี้ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือตอบแบบสอบถามขัดแย้งกันเอง เหลือผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 260 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และเวลาการทำงาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Standardized Nordic questionnaire)[10] ฉบับแปลภาษาไทย ในการหาความชุกอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นในระยะ 7 วันและ 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและสังเกตโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อการเกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ (Rodger's Muscle Fatigue Assessment)11 โดยแบ่งลักษณะงานการพยาบาลที่ประเมินออกเป็น 3 ลักษณะงาน ได้แก่ 1. ลักษณะงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2. ลักษณะงานหัตถการผู้ป่วย และ 3. ลักษณะงานจัดทำเอกสารผู้ป่วย

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลความชุกอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์มีระยะเวลาทั้งหมด 13 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะเข้าไปตามแผนกผู้ป่วยวิกฤตแต่ละแผนกในช่วงกะเช้าและกะบ่าย อธิบายให้ประชากรที่ทำการศึกษาทั้งหมดเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยประโยชน์ที่จะได้รับ ลักษณะและรูปแบบของกิจกรรม และขอความยินยอมในการเข้าร่วม เมื่อประชากรที่ทำการศึกษายินยอมผู้วิจัยจึงให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ หลักจากนั้นผู้วิจัยจะทำการสังเกตท่าทางการทำงานในแต่ละลักษณะงานของผู้ที่เข้าร่วมวิจัยเพื่อทำการประเมินปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล

การเกิดอาการปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในส่วนการวิเคราะห์ความชุกคำนวณโดยการนำจำนวนผู้ที่มีอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเปรียบเทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแผนกนั้น ๆ

สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Multiple logistic regression วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เพื่อนำเสนอค่า Odds ratio (OR) และค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่อนุมัติ IRB-No. 0154/66 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยจากคณะผู้วิจัยพร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมทำการศึกษาในการเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้แจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่ส่งผลเสียหายต่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.2 อายุเฉลี่ย 34.1 ปี ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์มากกว่าปกติ (≥23 กิโลกรัม/เมตร2) ร้อยละ 48.9 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 88.0 มีพฤติกรรมออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 64.6 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปีร้อยละ 51.2 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ยอยู่ที่ 11.5 ปี มีเวลาการทำงานเฉลี่ย 54.9 ชั่วโมง/สัปดาห์

จากการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่ออาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในแต่ละลักษณะงาน ได้แก่ 1. ลักษณะงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพบตำแหน่งที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ระดับปานกลางมากที่สุดได้แก่ หลัง 187 คน (ร้อยละ 71.9) 2. ลักษณะงานหัตถการผู้ป่วยพบตำแหน่งที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ระดับปานกลางมากที่สุดได้แก่ หลัง 173 คน (ร้อยละ 66.5) 3. ลักษณะงานจัดทำเอกสารผู้ป่วยพบตำแหน่งที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ระดับปานกลางมากที่สุดได้แก่ หลัง 170 คน (ร้อยละ 65.4)

ความชุกอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ พบความชุกของการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมาร้อยละ 79.2, 72.3 ตามลำดับ ตำแหน่งที่มีอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมากที่สุดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาคือ หลังส่วนล่าง คอ และไหล่ ร้อยละ 61.5, 57.7, 51.9 ตามลำดับ และในช่วง 7 วันที่ผ่านมาคือ หลังส่วนล่าง ไหล่และคอ ร้อยละ 46.5, 37.7, 33.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา (n = 260)

ปัจจัยส่วนบุคคล	อาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ	
	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา Odds ratio (95% CI)	ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา Odds ratio (95% CI)
อายุ (n = 260)		
21-25 ปี	1.00	1.00
26-30 ปี	1.37 (0.55-3.39)	1.59 (0.67-3.77)
31-35 ปี	2.74 (0.96-7.82)	1.86 (0.73-4.71)
36-40 ปี	1.72 (0.55-5.41)	2.23 (0.75-6.65)
> 40 ปี	6.00 (1.82-19.77)*	7.58 (2.48-23.13)*

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา (n = 260) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	อาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ	
	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา Odds ratio (95% CI)	ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา Odds ratio (95% CI)
ดัชนีมวลกาย (n = 260)		
18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร2	1.00	1.00
< 18.5 กิโลกรัม/เมตร2	1.56 (0.64-3.77)	1.62 (0.70-3.72)
≥ 23 กิโลกรัม/เมตร2	2.84 (1.15-7.00)*	2.97 (1.28-6.88)*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย (n = 260)		
1-2 ครั้ง/เดือน	1.00	1.00
3-5 ครั้ง/เดือน	0.45 (0.21-0.94)*	0.56 (0.29-1.08)
≥ 6 ครั้ง/เดือน	0.13 (0.05-0.30)*	0.32 (0.14-0.70)*
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (n = 260)		
< 10 ปี	1.00	1.00
10-19 ปี	2.26 (1.04-4.89)*	2.24 (1.15-4.39)*
≥ 20 ปี	2.22 (0.96-5.16)	4.21 (1.77-10.02)*
เวลาการทำงาน (จำนวนชั่วโมง/สัปดาห์) (n = 260)		
< 50 ชั่วโมง/สัปดาห์	1.00	1.00
50-59 ชั่วโมง/สัปดาห์	1.97 (0.98-3.94)	1.62 (0.86-3.04)
60-69 ชั่วโมง/สัปดาห์	2.61 (0.98-6.92)	2.16 (0.92-5.07)
≥ 70 ชั่วโมง/สัปดาห์	3.37 (1.08-10.50)*	3.53 (1.24-10.00)*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และเวลาการทำงาน มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออย่างน้อย 1 ตำแหน่งทั้งในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) (ตารางที่ 1) พิจารณาการเกิดความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรบางตัว (Multicollinearity) พบว่า ปัจจัยอายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กัน (r = 0.85) และมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) จึงไม่นำตัวแปรระยะเวลาในการปฏิบัติงานเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ต่อไป

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในแต่ละลักษณะงาน

ตำแหน่งของร่างกาย	ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์		p-value
	ระดับต่ำ (reference)	ระดับปานกลาง Odds ratio (95% CI)	
12 เดือนที่ผ่านมา			
ลักษณะงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย			
คอ	1.00	1.93 (1.17-3.19)	.010
หลัง	1.00	2.07 (1.17-3.68)	.012
ลักษณะงานหัตถการผู้ป่วย			
คอ	1.00	1.84 (1.12-3.04)	.016
หลัง	1.00	1.93 (1.11-3.36)	.019
ลักษณะงานจัดทำเอกสารผู้ป่วย			
คอ	1.00	1.76 (1.06-2.91)	.027
หลัง	1.00	2.09 (1.21-3.63)	.008
7 วันที่ผ่านมา			
ลักษณะงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย			
คอ	1.00	1.73 (1.02-2.93)	.040
หลัง	1.00	1.79 (1.03-3.09)	.037
ลักษณะงานหัตถการผู้ป่วย*			
-	-	-	-
ลักษณะงานจัดทำเอกสารผู้ป่วย			
หลัง	1.00	1.83 (1.09-3.06)	.022

*ไม่มีตำแหน่งส่วนไหนมีนัยสำคัญในลักษณะงานหัตถการนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ พบว่าผู้ที่มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ระดับปานกลาง ตำแหน่ง คอ และหลัง ในลักษณะงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ลักษณะหัตถการผู้ป่วยมี และลักษณะจัดทำเอกสาร มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อตำแหน่งนั้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ส่วนในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมาพบผู้ที่มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ระดับปานกลางตำแหน่ง คอ และหลังในลักษณะงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) และผู้ที่มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ระดับปานกลางตำแหน่ง หลัง ในลักษณะงานจัดทำเอกสารพบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออย่างน้อย 1 ตำแหน่งในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา (วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression)

ปัจจัย	12 เดือนที่ผ่านมา		7 วันที่ผ่านมา	
	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR** (95% CI)	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR** (95% CI)
อายุ				
21-25 ปี	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)
26-30 ปี	1.37 (0.55-3.39)	0.89 (0.30-2.66)	1.59 (0.67-3.77)	1.16 (0.44-3.04)
31-35 ปี	2.74 (0.96-7.82)	3.05 (0.90-10.35)	1.86 (0.73-4.71)	1.74 (0.63-4.78)
36-40 ปี	1.72 (0.55-5.41)	1.47 (0.41-5.28)	2.23 (0.75-6.65)	2.10 (0.65-6.68)
> 40 ปี	6.00 (1.82-19.77)	16.04 (3.67-70.06)*	7.58 (2.48-23.13)*	12.75 (3.69-44.06)*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
1-2 ครั้ง/เดือน	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)
3-5 ครั้ง/เดือน	0.45 (0.21-0.94)	0.46 (0.20-1.05)	0.56 (0.29-1.08)	0.60 (0.29-1.23)
≥ 6 ครั้ง/เดือน	0.13 (0.05-0.30)	0.06 (0.02-0.19)*	0.32 (0.14-0.70)*	0.22 (0.09-0.55)*
เวลาการทำงาน				
< 50 ชม/สัปดาห์	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)
50-59 ชม/สัปดาห์	1.97 (0.98-3.94)	4.23 (1.78-10.04)*	1.62 (0.86-3.04)	2.85 (1.37-5.96)*
60-69 ชม/สัปดาห์	2.61 (0.98-6.92)	5.23 (1.69-16.17)*	2.16 (0.92-5.07)	3.72 (1.45-9.57)*
≥ 70 ชม/สัปดาห์	3.37 (1.08-10.50)	8.64 (2.26-31.92)*	3.53 (1.24-10.00)*	7.04 (2.24-22.12)*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

**ควบคุมปัจจัยตัวแปรอื่น ๆ ดังนี้ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย แผนกที่ปฏิบัติงาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย สถานภาพสมรส เวลาการทำงาน รวมทั้งหมด 7 ตัวแปร

เมื่อนำตัวแปรที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) ที่มีค่าทางสถิติ p-value < .25 มาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติค (Multiple logistic regression) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ได้แก่ อายุที่มากกว่า 40 ปี มีขนาดความสัมพันธ์ 16 เท่า (95% CI 3.67-70.06) และ 12 เท่า (95% CI 3.69-44.06) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับอายุ 21-25 ปี, พฤติกรรมการออกกำลังกายโดยคนที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าเท่ากับ 6 ครั้ง/เดือน มีขนาดความสัมพันธ์ 0.13 เท่า (95% CI 0.02-0.19) และ 0.32 เท่า (95% CI 0.09-0.55) ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีพฤติกรรมออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/เดือน และเวลาการทำงาน คนที่มีเวลาการทำงานมากกว่าเท่ากับ 70 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีขนาดความสัมพันธ์ 8.6 เท่า (95% CI 2.26-32.92) และ 7.0 เท่า (95% CI 2.24-22.12) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีเวลาการทำงานน้อยกว่า 50 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่าความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยวิกฤในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาอยู่ที่ร้อยละ 79.2 โดยตำแหน่งอวัยวะที่พบว่ามีอาการผิดปกติมากที่สุดคือ หลังส่วนล่าง ร้อยละ 61.52 ในส่วนความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยวิกฤต 7 วันที่ผ่านมาอยู่ที่ร้อยละ 72.3 โดยตำแหน่งอวัยวะที่พบว่ามีอาการผิดปกติมากที่สุดคือ หลังส่วนล่าง

ร้อยละ 46.55 ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่น้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการทำงานค่อนข้างมาก และภาระงานที่หนักจึงส่งผลให้มีเวลาในการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย อีกทั้งลักษณะการทำงานไม่แน่นอนทำให้นาฬิกาชีวภาพ (Circadian rhythm) ของร่างกายผิดปกติ[12] เป็นเหตุผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือน และ 7 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ได้แก่ อายุ เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง จึงมีความเสี่ยงในการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมากขึ้นด้วย[13] พฤติกรรมการออกกำลังกายพบเป็นปัจจัยป้องกันคือปัจจัยที่ป้องกันให้โอกาสการเกิดความผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยวิกฤตลดลง เนื่องจากการออกกำลังกายจะเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ[8] เวลาการทำงาน เนื่องจากเป็นการเพิ่มการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ในการทำงาน รวมถึงระยะเวลาพักฟื้นที่ลดลงทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อสะสมเพิ่มมากขึ้นจนเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อตามมา[14,15]

สำหรับข้อมูลระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากการประเมินทั้ง 3 ลักษณะงานได้แก่ ลักษณะงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ลักษณะงานหัตถการผู้ป่วย ลักษณะงานจัดทำเอกสาร พบตำแหน่งที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ระดับปานกลางมากที่สุดคือ ตำแหน่งคอ โดยสาเหตุที่ไม่พบระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ระดับสูง หรือสูงมากเป็นเพราะลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพบางครั้งไม่ได้ใช้พยาบาลเพียงคนเดียว อีกทั้งลักษณะการทำงานไม่ได้ทำตลอดระยะเวลาการทำงาน และเครื่องมือ Rodgers muscle fatigue analysis เหมาะกับลักษณะงานที่มีการทำงานตลอดระยะเวลการทำงาน เนื่องจากถูกออกแบบมาให้ประเมินในช่วงระยะเวลาการทำงานที่นานมากกว่าเท่ากับ 5 นาที ดังนั้นจึงทำให้มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ลดลง[11,16] โดยพบระดับความเสี่ยงปานกลางมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือน และ 7 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< .05) ตำแหน่ง หลัง หรือคอ[17] เป็นเพราะลักษณะงานพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยวิกฤตมีการทำงานของอวัยวะตำแหน่ง คอ หรือหลังในทุกลักษณะงานเกือบตลอดระยะเวลาการทำงานโดยพบมีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดการสะสมของกรดแลคติค (Lactic acid) ภายในเซลล์ทำให้เกิดอาการผิดปกติระบบโรงร่างและกล้ามเนื้อ[18]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อค่อนข้างสูง และอาจนำไปสู่อาการเรื้อรังและส่งผลต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานได้ ดังนั้นในการตรวจสุขภาพประจำปี ควรมีการสอบถามถึงอาการผิดปกติดังกล่าว เพื่อให้สามารถตรวจพบปัญหาได้ก่อนที่จะเกิดผลกระทบที่มากขึ้นและเฝ้าสังเกตการณ์ได้

2. เสนอแนะให้มีการปรับปรุงสถานีงาน หรือท่าทางการทำงานในลักษณะงานต่าง ๆ เพื่อลดระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

3. จัดภาระงานให้เหมาะสมกับอายุของพยาบาลวิชาชีพในแผนก รวมถึงจัดตารางการทำงานให้มีเวลาการทำงานไม่เกิน 70 ชั่วโมง/สัปดาห์

ข้อเสนอแนะที่ในการทำวิจัยครั้งต่อไป:

1. มีการศึกษางานวิจัยเชิงทดลอง (Intervention research) เพื่อลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน โดยอาจวัดผลออกมาเป็นข้อมูลตัวเลขเพื่อให้เกิดความแม่นยำมากขึ้น เช่น วัดผลโดยการประเมินความตึงตัวหรือความล้าของกล้ามเนื้อ โดยการวัดคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (Electromyography [EMG])

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับงาน (Psychosocial factors) เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดที่สัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

References

1. Tariah H A, Nafai S, Alajmi M, Almutairi F, Alanazi B. Work-related musculoskeletal disorders in nurses working in the Kingdom of Saudi Arabia. Work. 2020; 65(2): 421-8.
2. Krishnan K S, Raju G, & Shawkataly O. Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders: Psychological and Physical Risk Factors. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(17): 9361, 1-11.

3. Luan HD, Hai NT, Xanh PT, Giang HT, Thuc PV, Hong NM, et al. Musculoskeletal Disorders: Prevalence and Associated Factors among District Hospital Nurses in Haiphong, Vietnam. Biomed Research International. 2018; 2018: 3162564, 1-9.
4. Thinkhamrop W, Sawaengdee K, Tangcharoensathien V, Theerawit T, Laohasiriwong W, Saengsuwan J, et al. Burden of musculoskeletal disorders among registered nurses: evidence from the Thai nurse cohort study. BioMed Central Nursing. 2017; 16:68, 1-9.
5. Ilce AO. Study on work-related musculoskeletal disorders in intensive care unit nurses. Anatolian Journal of Clinical Investigation. 2014; 8(2): 68-76.
6. Rehn B. Musculoskeletal disorders and whole-body vibration exposure among professional drivers of all-terrain vehicles [Medical dissertation]. Umea: Umea University; 2004.
7. Sezgin D, & Esin MN. Predisposing factors for musculoskeletal symptoms in intensive care unit nurses. International Nursing Review. 2015; 62(1): 92-101.
8. Yang S, Li L, Wang L, Zeng J, & Li Y. Risk Factors for Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Intensive Care Unit Nurses in China: A Structural Equation Model Approach. Asian Nursing Research (Korean Society of Nursing Science). 2020; 14(4): 241-8.
9. Lin SC, Lin, LL, Liu, C J, Fang CK, & Lin MH. Exploring the factors affecting musculoskeletal disorders risk among hospital nurses. PLoS One. 2020; 15(4): e0231319, 1-20.
10. Jongkol P. An investigation into Taxi Drivers' musculoskeletal pain and work-related risk factors. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology; 2010. (in Thai)
11. Bernard T E. Rodgers Muscle Fatigue Analysis. New York; 2006.
12. Chaput J P, McHill A W, Cox R C, Broussard J L, Dutil C, da Costa B G G, et al. The role of insufficient sleep and circadian misalignment in obesity. Nature Reviews Endocrinology. 2023; 19(2): 82-97.
13. McCormick R, & Vasilaki A. Age-related changes in skeletal muscle: changes to life-style as a therapy. Biogerontology. 2018; 19(6): 519-36.
14. Lee J G, Kim G H, Jung S W, Kim, S W, Lee J H, Lee K J. The association between long working hours and work-related musculoskeletal symptoms of Korean wage workers: data from the fourth Korean working conditions survey (a cross-sectional study). Annals of Occupational and Environmental Medicine. 2018; 30(1): 61-11.
15. Srisukkho N, Luksamijarulkul P, Chaiyanan S, & Morakotsriwan N. Prevalence and Severity of Low Back Pain in Nursing Personnel in a Hospital in Bangkok Metropolitan Administration. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1): 187-9.
16. Sato Y, Iwakiri K, Matsuo T, & Sasaki T. Impact of health literacy on health practices in the working life of young Japanese nurses and care workers. Industrial Health. 2021; 59(3): 171-9.
17. Moradpour Z, Rezaei M, Torabi Z, Khosravi F, Ebrahimi M, & Hesam G. Study of correlation between muscle fatigue assessment and cornell musculoskeletal disorders questionnaire in Shahroud Taxi Drivers in 2017: A descriptive study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2019; 17(11): 1031-42.
18. Robergs R A, Ghiasvand F, & Parker D. Biochemistry of exercise-induced metabolic acidosis. American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology. 2004; 287(3): R502-16.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง

Factors Associated with Fall Risks among Older Patients of Inpatient Department in a Secondary Hospital

พงศ์ศิริ บัวแก้ว*[1] อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์[2] รุ้งนภา ชัยรัตน์[2]
Phongsiri Buakaeo*[1] Uraiwan Chaichanawirote[2] Rungnapa Chairat[2]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เชียงราย ประเทศไทย 57000
[1]Faculty of Nursing, Chiangrai College, Chiangrai, Thailand 57000
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย 65000
[2]Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand 65000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 110 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในผู้ที่รู้สึกตัวดีและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม แบบคัดกรองสุขภาวะทางตา แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment และแบบประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของ Morse ทดสอบความเที่ยงด้วยการทดสอบซ้ำ พบค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ (r) ระหว่าง .96 - 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ Fisher's exact probability test และ Chi square test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 85 คน (ร้อยละ 77.3) มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม และปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การกลั้นปัสสาวะ การมองเห็น ประวัติการติดเชื้อ COVID-19 และกลุ่มยาที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลควรเฝ้าระวังและป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีปัญหาการมองเห็น มีประวัติการติดเชื้อ COVID-19 และผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาในกลุ่ม Central Nervous System หรือยากลุ่ม Cardiovascular System

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ปัจจัยเสี่ยง, ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม, แผนกผู้ป่วยใน

Abstract

The objective of this cross-sectional descriptive research was to study factors associated with fall risks among older patients in the inpatient department of a secondary hospital. The sample included 110 inpatients aged 60 years and over, recruited through purposive sampling. This method selected individuals who were conscious and able to communicate in Thai. The research tools included a record form documenting factors related to fall risks, eye health screening, the Mini Nutritional Assessment, and the Morse fall scale. The reliability of these instruments was assessed using the test-retest method, yielding stability coefficients (r)

Corresponding Author: *E-mail: Phongsirib63@nu.ac.th

วันที่รับ (Received) 7 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 26 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 9 ธ.ค. 2566

ranging from .96 to 1.0. Data analysis involved frequency statistics, percentages, means, standard deviations, Fisher's exact probability test, and the Chi-square test.

The research results revealed that a total of 85 people (77.3%) were at risk of falling. Factors significantly related to the risk of falls ($p < .001$) included nutritional status, urinary incontinence, vision, history of COVID-19 infection, and the group of medications received.

The recommendation from this research is that nurses should pay particular attention to monitoring and preventing falls in older patients with undernutrition, urinary incontinence, vision problems, a history of COVID-19 infection, or older patients who received medications related to the Central Nervous System or Cardiovascular System.

Keywords: older patients, factors, fall risks, inpatient department

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก พบว่าผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม และอัตราการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ทำให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ในด้านร่างกาย ก่อให้เกิดการบาดเจ็บภายนอก เนื้อเยื่อฟกช้ำหรือมีบาดแผล และอาจเกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่น เลือดออกในสมอง กระดูกหัก ซึ่งพบได้ร้อยละ 10 ของการพลัดตกหกล้ม[1] เมื่อเคยมีประสบการณ์พลัดตกหกล้มจะเกิดความกลัว วิตกกังวล ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับบุตรหลาน[1,2] และผู้ป่วยที่เกิดการพลัดตกหกล้มได้รับบาดเจ็บต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการสูญเสียค่ารักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำให้สูญเสียเวลาทำงานของญาติการดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการหลังจำหน่ายกลับบ้าน[3]

แม้ว่าจะมีการวิจัยจำนวนมากศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิผลกับการพลัดตกหกล้ม แต่การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลยังมีน้อย โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ยังไม่พบการศึกษาเรื่องนี้ จากการทบทวนวรรณพบว่า ปัจจัยด้านภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มภาวะโภชนาการปกติ[4,5] แต่ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษาที่พบว่า กลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล[6] ปัจจัยด้านการกลั้นปัสสาวะก็เป็นปัจจัยเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยกลุ่มที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มที่กลั้นปัสสาวะได้[7]

ปัจจัยด้านกลุ่มยาที่ได้รับ พบว่า ยากลุ่ม Antipsychotics, antidepressants, benzodiazepines, Sedative/hypnotics และกลุ่ม Anticonvulsants ซึ่งเป็นยาที่เกี่ยวกับ Central Nervous System มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม[8] ในส่วนของกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับ Cardiovascular System พบว่า ยากลุ่ม diuretics, digitalis, digoxin, angiotensin 2 antagonists และ calcium channel blockers มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม[9] นอกจากนี้ยังพบว่ายากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ยากลุ่ม Opioid, antiepileptic และการใช้ยาหลายชนิด มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มเช่นกัน[10]

ส่วนการมองเห็น เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาการมองเห็นมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มไม่มีปัญหาการมองเห็น[11] และปัญหาความบกพร่องในการมองเห็นที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ได้แก่ โรคต้อกระจก โรคต้อหิน และความเสื่อมของจอประสาทตา[12] และในสถานการณ์ปัจจุบันยังพบว่าประวัติการติดเชื้อ COVID-19 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ที่มีผลกับการเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้ป่วยที่มีประวัติการติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด[13]

ปัจจัยเสี่ยงพลัดตกหกล้มเหล่านี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงจากสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้ จึงสามารถป้องกันได้ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ แม้ในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลหลายการศึกษา อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีบริบทต่างจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ทั้งในเรื่องของเครื่องมือทางการแพทย์ ความเฉพาะทางของบุคลากรทางการแพทย์ ความหลากหลายและความซับซ้อนของโรค ซึ่งมีผลต่อความเสี่ยงพลัดตกหกล้มและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญ สามารถอธิบายปรากฏการณ์ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ร่วมไปถึงการพัฒนาแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลต่อไป

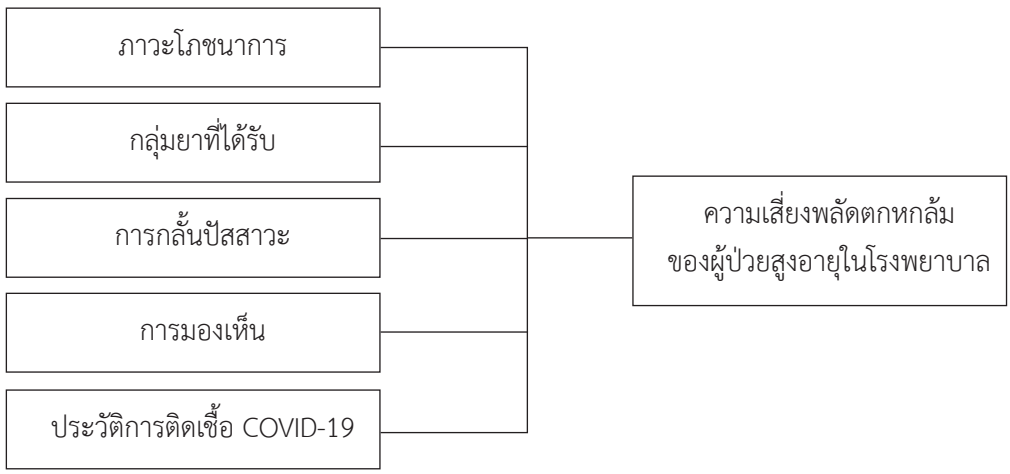
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุติยภูมิที่ศึกษา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการ กลุ่มยาที่ได้รับ การกลั้นปัสสาวะ การมองเห็น และประวัติการติดเชื้อ COVID-19 กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุติยภูมิที่ศึกษา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะโภชนาการ กลุ่มยาที่ได้รับ การกลั้นปัสสาวะ การมองเห็น และประวัติการติดเชื้อ COVID-19 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาจากประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุติยภูมิที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน[14] ได้จำนวน 110 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลทุติยภูมิที่ศึกษา 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ที่ไม่ได้รับการอนุญาตให้เข้าร่วมโครงการวิจัยจากแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือ 2) ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในภาวะวิกฤต หรือกำลังอยู่ในกระบวนการรักษาของทีมผู้ดูแล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ใบรับรอง 125/2023 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ติดต่อกลุ่มตัวอย่างผ่านผู้ประสานงาน มีการให้ข้อมูลโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเครื่องมือมาตรฐาน ดังนี้

1. แบบบันทึกปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุติยภูมิ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) การประกอบอาชีพ 5) สถานภาพสมรส 6) โรคประจำตัว และ 7) การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยสูงอายุในครั้งนี้ และส่วนที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) กลุ่มยาที่ได้รับ 2) การกลั้นปัสสาวะ และ 3) ประวัติการติดเชื้อ COVID-19

2. แบบคัดกรองสุขภาวะทางตา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินมาตรฐานจากคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข[15] มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) สายตาระยะไกล 2) สายตาระยะใกล้ 3) ต้อกระจก 4) ต้อหิน และ 5) จอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ โดยการแปลผล คือ ถ้าตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่ามีปัญหาการมองเห็น

3. แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment (MNA) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินมาตรฐานจาก Nestle Nutrition Institute ฉบับภาษาไทย[16] ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนการคัดกรอง มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ และส่วนการประเมินภาวะโภชนาการ มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยการแปลผล คือ ภาวะโภชนาการปกติ (24–30 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (17–23.5 คะแนน) และภาวะทุพโภชนาการ (น้อยกว่า 17 คะแนน) ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งภาวะโภชนาการเป็นภาวะโภชนาการปกติ (24–30 คะแนน) และผู้ที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ (น้อยกว่า 24 คะแนน)

4. แบบประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของ Morse (Morse Fall Scale) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินมาตรฐานของ Morse[17] มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) ประวัติการพลัดตกหกล้ม 2) มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ 3) การช่วยในการเคลื่อนย้าย 4) การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำหรือคา Heparin lock ไว้ 5) การเดิน หรือการเคลื่อนย้าย และ 6) สภาพจิตใจ โดยการแปลผล คือ ไม่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (0–24 คะแนน) มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (25–50 คะแนน) และมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มสูง (≥ 51 คะแนน) ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งระดับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม 2 ระดับ คือ ไม่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (น้อยกว่า 25 คะแนน) และมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และพยาบาลปฏิบัติงานด้านความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 0.96 และนำแบบคัดกรองสุขภาวะทางตา แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment (MNA) และแบบประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของ Morse มาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ด้วยวิธี Test-Retest มีค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ (r) เท่ากับ 1.00, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ติดต่อกลุ่มตัวอย่างผ่านผู้ประสานงาน คัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการขอความยินยอมและเก็บข้อมูล โดยเริ่มจากศึกษาแฟ้มการรักษาผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลในส่วนของข้อมูลทั่วไป และกลุ่มยาที่ได้รับ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ การกลั้นปัสสาวะ และประวัติการติดเชื้อ COVID-19 และประเมินการมองเห็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher’s exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.73) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 73.68 ปี อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 36.36) ได้รับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 68.18) ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.18) และได้รับการวินิจฉัยโรคทางระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 28.18) รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 20.00) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และระดับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	47.27
หญิง	58	52.73
อายุ (ปี) Min = 60 , Max = 92, Mean = 73.68, SD = 9.115		
60 – 69 ปี	40	36.36
70 – 79 ปี	38	34.55
80 ปีขึ้นไป	32	29.09
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	26	23.64
ประถมศึกษา	75	68.18
มัธยมศึกษา/ปวช.	9	8.18
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	86	78.18
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	2.73
รับจ้าง	6	5.45
เกษตรกร	15	13.64
สถานภาพสมรส		
โสด	8	7.27
คู่	99	90.00
หม้าย	3	2.73
การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยสูงอายุในครั้งนี้ (ผู้ป่วยสูงอายุ 1 คนสามารถได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 ระบบ)		
โรคระบบประสาทและสมอง	11	10.00
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	12	10.91
โรคระบบทางเดินหายใจ	14	12.73
โรคระบบทางเดินอาหาร	31	28.18
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	22	20.00
โรคระบบต่อมไร้ท่อ	16	14.55
โรคระบบผิวหนัง	11	10.00
โรคระบบอื่นๆ	24	21.82
ระดับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (Morse Fall Scale)		
ไม่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (0 – 24 คะแนน)	25	22.73
มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป)	85	77.27
- มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มต่ำ (25 – 50 คะแนน)	47	42.73
- มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มสูง (มากกว่า 50 คะแนน)	38	34.54

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 85 คน (ร้อยละ 77.27) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มต่ำ ร้อยละ 42.73 และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มสูง ร้อยละ 34.54 ดังตารางที่ 1

2. ปัจจัยที่คัดสรรกับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

พบว่า ปัจจัยด้านภาวะโภชนาการ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนปัจจัยด้านกลุ่มยาที่ได้รับ ผู้วิจัยได้มีการจัดหมวดตามหลัก Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาเกี่ยวกับกลุ่ม Central Nervous System และกลุ่ม Cardiovascular System มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่คัดสรรกับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม

ตัวแปรที่ศึกษา	มีความเสี่ยงหกล้ม (n = 85)		ไม่มีความเสี่ยงหกล้ม (n = 25)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะโภชนาการ (MNA)					
ภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ	72	84.70	4	16.00	.000**
ภาวะโภชนาการปกติ	13	15.30	21	84.00	
กลุ่มยาที่ได้รับ					
กลุ่มยา Central Nervous System					
ได้รับ	52	61.18	3	12.00	.000**
ไม่ได้รับ	33	38.82	22	88.00	
กลุ่มยา Cardiovascular System					
ได้รับ	69	81.18	7	28.00	.000**
ไม่ได้รับ	16	18.82	18	72.00	
กลุ่มยาอื่นๆ					
ได้รับ	68	80.00	23	92.00	.232
ไม่ได้รับ	17	20.00	2	8.00	
การกลั้นปัสสาวะ					
ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้	30	35.29	5	20.00	.000*
ใส่สายสวนปัสสาวะ	38	44.71	2	8.00	
กลั้นปัสสาวะได้	17	20.00	18	72.00	
การมองเห็น					
มีปัญหาการมองเห็น	70	82.35	6	24.00	.000**
ไม่มีปัญหาการมองเห็น	15	17.65	19	76.00	
ประวัติการติดเชื้อ COVID-19					
เคยติด COVID-19	52	61.18	6	24.00	.001**
ไม่เคยติด COVID-19	33	38.82	19	76.00	

* $p < .05$ (95%CI ได้จากการคำนวณ Chi-square test)

** $p < .05$ (95%CI ได้จากการคำนวณ Fisher's exact test)

ส่วนกลุ่มที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และกลุ่มที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ปัจจัยด้านการมองเห็น พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติการติดเชื้อ COVID-19 อย่างน้อย 1 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับของความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม สามารถอธิบายได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น ระบบ sensory vestibular, visual function และ motor function มีการทำงานเสื่อมลง เช่น มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง การรับความรู้สึกโดยเฉพาะการรับแรงสั่นลดลง เป็นผลให้การเดินและการทรงตัวเปลี่ยนตัว เป็นต้น ทำให้เกิดความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม[18] อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มระดับต่ำ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุตอนต้น คือ อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี และส่วนใหญ่ไม่ได้มีการประกอบอาชีพ

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ ทั้งนี้ภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติส่วนหนึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยที่มีอิทธิพลต่อสมดุลความต้องการพลังงาน และการใช้พลังงานที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารได้ลดลง โดยการเจ็บป่วยบางอย่างมีผลต่อการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง ร่วมกับปัจจัยด้านโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลง[19] จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อกำลังสำรองของผู้ป่วย ทั้งการสร้างกล้ามเนื้อลดลง และการให้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มที่เพิ่มขึ้น[18] สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม พบว่า กลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการมีโอกาสเกิดความเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มภาวะโภชนาการปกติ[4]

กลุ่มยาที่ได้รับ พบว่า กลุ่มยาที่เกี่ยวกับ Central Nervous System มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม อาจเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงซึม การเดินและการทรงตัวผิดปกติ จึงเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้[1] ในส่วนของกลุ่มยาที่เกี่ยวกับ Cardiovascular System ก็มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้อาจเกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีมากกว่ากลุ่มวัยอื่น คือ มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างมาก จึงเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้[20] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องยาทางจิตเวชที่เพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม[8] และการศึกษายารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม[9] พบว่า กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์เกี่ยวกับระบบประสาทและสมอง และกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์เกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม สำหรับกลุ่มยาอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่า กลุ่มยาอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม[10]

การกลั้นปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ และกลุ่มที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้การกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลโดยตรง แต่เกิดจากการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิด Mixed incontinence และ Urge incontinence ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมักต้องรีบเข้าห้องน้ำ เพราะปริมาณปัสสาวะที่ออกมามีปริมาณค่อยข้างมาก จึงมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้[18] การศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิด Urge incontinence และ Mix incontinence ร้อยละ 37.14 เท่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาของมูน และคณะ ศึกษาเรื่องการกลั้นปัสสาวะไม่ได้กับการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้จะมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มไม่มีปัญหา[7]

ในกลุ่มตัวอย่างที่ใส่สายสวนปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มที่ใส่สายสวนปัสสาวะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ และมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทำให้มีค่าคะแนนของความเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากขึ้น

การมองเห็น ในกลุ่มที่มีปัญหาการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้ปัญหาการมองเห็นเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น สายตายาวหรือสายตาสั้นที่ทำให้ผู้สูงอายุใส่แว่นตา 2 เลนส์ ซึ่งมีผลต่อการทำงานของการรับรู้

เชิงลึกและความไวของคอนทราสต์ลดลง ทำให้เกิดความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้[21] สำหรับโรคต้อกระจก โรคต้อหิน และโรคจอประสาทตาเสื่อม ที่ทำให้การมองเห็นของผู้สูงอายุลดลง มีผลต่อการรับความรู้สึกของสมอง จึงเกิดการขาดสมดุลของท่าทาง และการทรงตัว ทำให้เกิดความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้[22] สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องทางสายตา พบว่า ปัญหาในการมองเห็น ได้แก่ ระยะของสายตา โรคต้อกระจก โรคต้อหิน และความเสื่อมของจอประสาทตาเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มไม่มีปัญหา[12]

ประวัติการติดเชื้อ COVID-19 กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้อาจเกิดจากการติดเชื้อ COVID-19 จะมีการกระจายของ SARS-CoV-2 ไปยังตัวรับ Angiotensin Converting Enzyme 2 ในระบบประสาท และระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง มีผลต่อการบาดเจ็บทางระบบประสาท และระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง คือ การรับรู้และการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ลดลง กล้ามเนื้อโครงร่างเกิดความเสียหาย ส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ[23] จึงเพิ่มความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของกอว์รอนสก้า และลอร์คอฟสกี้ ศึกษาอาการที่มีความผิดปกติของการติดเชื้อ COVID-19 ในผู้สูงอายุ พบว่าการติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม[13]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลในปัจจัยด้านภาวะโภชนาการ กลุ่มยาที่ได้รับ การกลั้นปัสสาวะ การมองเห็น และประวัติการติดเชื้อ COVID-19 เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามปัจจัยเสี่ยงกับอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม

3. ควรศึกษาผลการใช้แบบประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม

4. จากปัจจัยที่ศึกษาควรวิจัยพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

References

1. Boongird C. Falling in the older adults prevention and management in family medicine. Bangkok: Sahamit pattana printing company limited; 2018. (in Thai)
2. Senarphitak L, Piyakhachornrot C. Fear of Falling after Hip Fracture. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 35-42. (in Thai)
3. Institute of Geriatric Medicine. Medical practice guidelines for prevention and evaluation of falls in the elderly. Bangkok: Sinthavee printing Co., Ltd; 2017 (in Thai)
4. Eglseer D, Hoedl M, & Schoberer D. Malnutrition risk and hospital-acquired falls in older adults: A cross-sectional, multicenter study. Geriatrics & gerontology international. 2020; 20(4): 348–53.
5. Ishida Y, Maeda K, Nonogaki T, Shimizu A, Yamanaka Y, Matsuyama R, et al. Malnutrition at Admission Predicts In-Hospital Falls in Hospitalized Older Adults. Nutrients. 2020; 12(2): 531-41.
6. Lackoff A, Hickling D, Collins P, Stevenson K, Nowicki T, & Bell J. The association of malnutrition with falls and harm from falls in hospital inpatients: Findings from a 5-year observational study. Journal of clinical nursing. 2020; 29(3-4): 429–36.
7. Moon S, Chung HS, Kim YJ, Kim SJ, Kwon O, Lee YG, et al. The impact of urinary incontinence on falls: A systematic review and meta-analysis. PloS one. 2021; 16(5): e0251711.

8. Seppala LJ, Wermelink AMAT, de Vries M, Ploegmakers KJ, van de Glind EMM, Daams JG, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. Journal of the American Medical Directors Association. 2018; 19(4): 371.e11–17.
9. de Vries M, Seppala LJ, Daams JG, van de Glind EMM, Masud T, van der Velde N, et al Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Cardiovascular Drugs. Journal of the American Medical Directors Association. 2018; 19(4): 371.e1–9.
10. Seppala LJ, van de Glind EMM, Daams JG, Ploegmakers KJ, de Vries M, Wermelink AMAT, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis: III. Others. Journal of the American Medical Directors Association. 2018; 19(4): 372.e1–372.e8.
11. Najafpour Z, Godarzi Z, Arab M, & Yaseri M. Risk Factors for Falls in Hospital In-Patients: A Prospective Nested Case Control Study. International journal of health policy and management. 2019; 8(5): 300–6.
12. Shuyi O, Zheng C, Lin Z, Zhang X, Li H, Fang Y, et al. Risk factors of falls in elderly patients with visual impairment. Frontiers in public health. 2022.
13. Gawronska K, & Lorkowski J. Falls as One of the Atypical Presentations of COVID-19 in Older Population. Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation. 2021; 12: 2151459321996619.
14. Thato R. Nursing research: Concepts to application. Bangkok: Degree vision company limited; 2021 (in Thai)
15. Ministry of Public Health. Manual for Screening and Health Assessment of the Elderly 2021. Bangkok: Bangkok: Division of Non Communicable Disease; 2021 (in Thai)
16. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA-Its history and challenges. The journal of nutrition, health & aging. 2006; 10(6): 456–65.
17. Morse JM, Morse RM, & Tylko, SJ. Development of a scale to identify the fall-prone Patient. Canadian Journal on Aging. 1989; 8(4): 366–77.
18. Limpawattana P. Geriatric syndromes and interesting health issues. Khon Kaen: Klungnana Vitthaya Press; 2017 (in Thai)
19. Panutat S, Chuto C, Nuntawan C, Pumsrisawat A, & Pruksacheva T. Caring for the Elderly with Malnutrition. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences. 2017; 1(1): 1-15 (in Thai)
20. Tipkanajanaraykha K, & Saleeku S. Role of Nurses in Prevention and Management of Inappropriate Medication Use in Older Adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 31-9
21. Saftari LN, & Kwon OS. Ageing vision and falls: a review. Journal of physiological Anthropology. 2018; 37(1) : 1-14
22. Alghadir AH, Alotaibi AZ, & Iqbal ZA. Postural stability in people with visual impairment. Brain and behavior. 2019; 9(11): e01436.
23. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan. China. Journal of the American Medical Association Neurology. 2020; 77(6): 683–90.

ผลของแอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ดูแลเด็ก

The Effectiveness of Applications on Promoting the Growth and Development of Infants Born Prematurely after Discharge from the Hospital for Caregivers

ณัฐยา ศรีทะแก้ว ณิศาพิชญาภัค มีสมศักดิ์* อุษา โถหินัง พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ
Nuttaya Sritakaew Nisapichayapak Meesomsak* Usa Thohinung Pilailak Rojanaprasert
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปุทมธานี ประเทศไทย 12110
Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi Phathum Thani Province Thailand 12110

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 30 คน ตำบลคลองหก จังหวัดปทุมธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก 3) แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเด็ก 4) แบบสอบถามประเมินอุปสรรคของผู้ดูแลเด็ก และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลเด็กมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.363, SD = .761) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดมีความรู้และรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น ช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

คำสำคัญ: ทารกเกิดก่อนกำหนด, การเจริญเติบโตและพัฒนาการ, ผู้ดูแลเด็ก, แอปพลิเคชัน

Abstract

This quasi-experimental research study investigates the effectiveness of a mobile application in promoting the growth and development of preterm infants after discharge from the hospital. The study utilized purposive sampling, comprising 30 caregivers of preterm infants, residing in Khlong Hok sub-district, Pathum Thani province, selected through specific and targeted criteria based on predetermined qualifications. The research tools used in the study are: 1) an application promoting the growth and developmental milestones of preterm infants after discharge from the hospital 2) a general information questionnaire for caregivers

Corresponding Author: *E-mail: Nisapichayapak_m@rmutt.ac.th

วันที่รับ (Received) 11 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 4 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 10 พ.ค. 2567

3) a questionnaire to assess caregivers' knowledge 4) a questionnaire to assess caregivers' obstacles and 5) a satisfaction evaluation form for the application. Data were collected from October 2566 to February 2567, and the analysis involves both descriptive statistics and paired t-test statistics. The research findings revealed that there is a statistically significant difference in the average scores of knowledges and perception before and after the experiment at a significance level of .05. Additionally, caregivers express a high level of overall satisfaction with the application (M = 4.363, SD = .761) which indicates that the application effectively supports caregivers of preterm infants by increasing their knowledge and awareness of caregiving obstacles. It also helps improve the quality of care, promoting the growth and development of preterm infants upon returning home.

Keywords: Preterm infant, Growth and development, caregiver, application

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิด ทำให้อัตราการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์เพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถิติการเกิดทั่วโลกพบว่าในปี 2020 มีทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคน[1] การเกิดก่อนกำหนดทำให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายทารกไม่สมบูรณ์ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาระบบทางเดินหายใจ ระบบการควบคุมอุณหภูมิกาย ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบภูมิคุ้มกันทำให้ทารกต้องเข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด[2,3] เมื่อต้องรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจะพบกับสิ่งกระตุ้นจาก แสง เสียง การสัมผัสจับต้องจากการทำกิจกรรมพยาบาลและหัตถการทางการแพทย์[4] ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดพักหลับได้น้อยลง[5] ส่งผลให้ร่างกายของทารกหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโตลดลง น้ำหนักของทารกจะไม่เพิ่มขึ้น ผลกระทบในระยะยาวพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเจริญเติบโตของร่างกายช้าลง พัฒนาการล่าช้า เมื่อโตขึ้นมีความผิดปกติด้านพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากพัฒนาการทางระบบประสาท เช่น ปรับตัวยาก ย้ำคิดย้ำทำ สมาธิสั้น เข้าสังคมได้ยาก เป็นต้น[6] ดังนั้นการดูแลทารกกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและติดตามต่อเนื่องระยะยาวที่บ้าน

ปัจจุบันมีการสนับสนุนให้มารดาเข้ามาดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น เช่น การสัมผัส จับต้อง การจัดท่านอน การปลอบโยนทารก และการทำแกงการู เป็นต้น[7] ซึ่งทำให้ทารกได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมโดยการสัมผัส โอบอุ้มจากมารดา ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกและเพิ่มความผูกพันระหว่างมารดาและทารก รวมถึงมีผลดีต่อการพัฒนาพฤติกรรมทางระบบประสาท และลดโอกาสการเกิดพัฒนาการล่าช้า[8,9] โดยก่อนการจำหน่ายทารกทุกรายทางหอผู้ป่วยจะมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลทารกเบื้องต้นให้แก่มารดา[10] เพื่อให้มารดามั่นใจว่าสามารถกลับไปดูแลทารกที่บ้านได้ แต่ในทางปฏิบัตินั้นมีมารดาจำนวนน้อยมากที่เข้ารับการเตรียมความพร้อม ตลอดจนเมื่อทารกกลับบ้านพบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่ใช่มารดาที่มาเตรียมความพร้อม แต่เป็นสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งมักเป็นผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างเต็มที่และเหมาะสม อาจส่งผลให้ทารกมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตไม่สมวัยตามมา[11,12] ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ดูแลเด็กจึงต้องร่วมกันวางแผนประสานข้อมูลเพื่อให้ทารกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจนถึงทารกจำหน่ายกลับบ้านและจนกระทั่ง อายุ 12 เดือน โดยรูปแบบของ Newborn Home Health Care พบว่าความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลและติดตามทารกแรกเกิดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบและกลุ่มที่นำไปใช้อยู่ในระดับมาก[13] และจากการศึกษาการติดตามการเจริญเติบโตทางร่างกายและพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนดอายุ

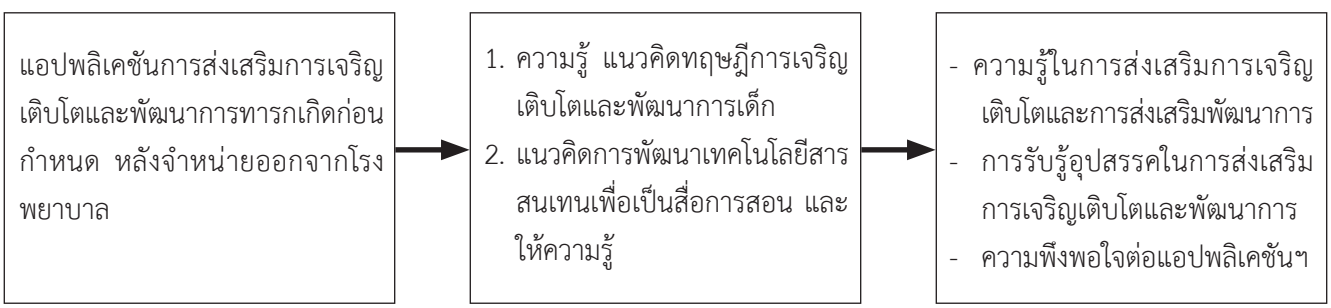
ครรภ์ 37 สัปดาห์ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต (Developmental Care Model) ผลการวิจัยพบว่าการเจริญเติบโตปกติ โดยน้ำหนักเทียบกับอายุอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 93.2 การมองเห็นปกติ ร้อยละ 97.9 และการได้ยินปกติ ร้อยละ 98.8 สำหรับพัฒนาการภาพรวมปกติร้อยละ 89.4[14] นอกจากนี้ยังพบการศึกษาการพัฒนาแอพพลิเคชันบนแอนดรอยด์และผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม โดยให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม ภายหลังได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันมารดามีความรู้มากกว่าก่อนการได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลและมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมีความพึงพอใจต่อการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ระดับมาก[13]

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีการพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่หลากหลายและมีการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการให้ความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในด้านอื่น ๆ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในปัจจุบันเป็นยุคแห่งเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ นักวิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาแหล่งให้ความรู้แก่ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยออกแบบสื่อการเรียนรู้ที่สามารถเข้าถึง ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสามารถทบทวนได้บ่อยครั้งตามความต้องการ ซึ่งโทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์การสื่อสารที่นิยมในปัจจุบัน เพื่อให้มารดามีความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญในการติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุตรอย่างต่อเนื่อง ลดปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด อันจะส่งผลให้เด็กทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของแอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อความรู้เรื่องการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research designs) ชนิดหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้แอพพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือสำหรับส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประชากรคือ ผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด อำเภอคลองหลวงและอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีจำนวน 63 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power test family ด้วย t-test statistical test ด้วย mean difference from constant (one sample case) กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = .08 ความเชื่อมั่น (α) = .05 และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย

27 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยเผื่อกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนไว้ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 30 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดอายุระหว่าง 0-1 ปี 2) ทารกเกิดก่อนกำหนดไม่มีความพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง รุนแรง 3) ผู้ดูแลเด็กสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และใช้โทรศัพท์มือถือได้ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาทางระบบประสาท โรคเรื้อรัง เป็นต้น

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนบุตร 2) แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการสำหรับเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่ออยู่ที่บ้าน จำนวน 18 ข้อ แบบวัดความรู้เป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน 3) แบบสอบถามประเมินอุปสรรคของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยผลคะแนนที่ได้นำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมกำหนดเกณฑ์การแปล ความหมายของคะแนนตามเกณฑ์[17] ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ แอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พัฒนามาจากคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) 18,19 การใช้เทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เป็นสื่อการสอน (Information Technology-Based Learning)[15] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแอปพลิเคชันฯประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อเล่น เพศ วันที่คลอด อายุครรภ์ โรคประจำตัว และความเกี่ยวข้องกับเด็ก 2) ภาวะสุขภาพเบื้องต้นของเด็กรายนั้น 3) การเจริญเติบโต 4) พัฒนาการเด็ก เป็นส่วนที่ให้ผู้ดูแลเด็กกรอกข้อมูลตามพัฒนาการของเด็ก 5) ข้อมูลเพิ่มเติม ประกอบด้วยหัวข้อการเล่น/ของเล่นที่แนะนำ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พัฒนาการเด็ก นมแม่และอาหารเสริมสำหรับเด็ก การส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็ก ช่องทางติดต่อฉุกเฉิน 6) คำถาม- คำตอบ เป็นพื้นที่ในการถามตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ของผู้ดูแลเด็ก และ 7) คู่มือการใช้แอปพลิเคชันฯ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ทดลองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน กุมารแพทย์ 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการสำหรับเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่ออยู่ที่บ้าน แบบสอบถามประเมินอุปสรรคของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ .86, .95 และ .92 ตามลำดับ แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการสำหรับเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่ออยู่ที่บ้านได้ Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .71 แบบสอบถามประเมินอุปสรรคของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นได้ค่าครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีธัญบุรี เลขที่รับรอง COA No 47 (RMUTT_REC No. Exp 47/66) ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจ้งข้อมูลรายละเอียดของโครงการให้ผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด รักษาความลับส่วนบุคคลโดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลโครงการวิจัยเก็บในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์เท่านั้นโดยจะลบออกเมื่อ

ครบกำหนด 5 ปี นับจากวันที่สิ้นสุดโครงการวิจัย

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567

สัปดาห์ที่ 1 : 1) ทดสอบความรู้เรื่องการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทารกเกิดกำหนด 2) ประเมินการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก 3) ชี้แจงวิธีการการใช้แอพพลิเคชันฯ 4) เริ่มทดลองใช้แอพพลิเคชัน

สัปดาห์ที่ 2-6 : 1) ทดลองใช้แอพพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของพัฒนาการสำหรับเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่ กรอกน้ำหนัก ส่วนสูง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กรอกข้อมูลพัฒนาการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สามารถศึกษาความรู้ที่ให้ไว้ตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง และมีช่องทางให้ถามข้อสงสัยผ่านแอพพลิเคชันฯ 2) ผู้วิจัยเปิดช่องทางให้แจ้งปัญหาอุปสรรคในการใช้แอพฯ ผ่านทางโทรศัพท์ตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการ

สัปดาห์ที่ 8 : 1) ทดสอบความรู้เรื่องการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทารกเกิดกำหนด 2) ประเมินอุปสรรคเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก 3) ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แอพพลิเคชันฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการับรู้ปสรรคในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด ก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired – t test ทั้งนี้ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่กำหนดไว้ คือ 1) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม 2) ประชากรมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.67) เพศชาย 4 คน (ร้อยละ 13.33) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 22 คน (ร้อยละ73.33) ส่วนใหญ่สถานภาพ สมรส จำนวน 10 คน (ร้อยละ33.33) และคู่ จำนวน 10 คน (ร้อยละ33.33) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.66) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน < 15,000 บาท จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นบิดา/มารดา จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80) มีโรคประจำตัว ได้แก่ ธาลัสซีเมีย ภูมิแพ้และหลอดเลือดอุดตัน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.33) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการจากสื่อต่างๆ/อินเตอร์เน็ต/Social media/google จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.66)

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด (n =30)

ความรู้	Mean	Std. Deviation	Mean differences	df	Paired t test	
					t value	p value
ก่อนทดลอง	11.466	2.285	-1.700	29	-2.759	.010
หลังทดลอง	13.166	2.422				

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05)

ตารางที่ 2 การับรู้อุปสรรคในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก (n = 30)

อุปสรรค	Mean	Std. Deviation	Mean differences	df	Paired t test	
					t value	p value
ก่อนทดลอง	37.033	8.600	-4.333	29	-2.160	.039
หลังทดลอง	41.366	6.920				

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการับรู้อุปสรรคในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อแอพพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือสำหรับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (n = 30)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
1. การออกแบบ			
สีสัน การแสดงภาพ น่าสนใจ ดึงดูดผู้ใช้	4.166	.698	มาก
เนื้อหาเข้าใจง่าย	4.200	.886	มาก
ใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน	4.200	.924	มาก
สร้างสรรค์ ทันสมัย	4.466	.730	มาก
แปลกใหม่ ไม่ซ้ำใคร	4.466	.776	มาก
2. ประสิทธิภาพ/คุณภาพ			
การใช้งานไม่ติดขัด	4.500	.682	มากที่สุด
ข้อมูลเหมาะสม	4.300	.702	มาก
ข้อมูลเป็นประโยชน์	4.200	.924	มาก
3. ประโยชน์ใช้สอย			
ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน	4.466	.681	มาก
ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลทารก	4.666	.606	มากที่สุด
ภาพรวม	**4.363**	**.761**	**มาก**

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดมีความพึงพอใจต่อแอพพลิเคชันในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.363, SD = .761) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้านมี 2 ด้านที่คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การใช้งานไม่ติดขัด (M = 4.500, SD = .682) และแอพพลิเคชันช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลทารก (M = 4.666, SD = .606) เมื่อพิจารณาพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดได้แก่ สีสัน การแสดงภาพน่าสนใจ ดึงดูดผู้ใช้ (M = 4.166, SD = .698) และเนื้อหาเข้าใจง่าย (M = 4.200, SD = .886)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาผลของแอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อความรู้เรื่องการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กและการรับรู้อุปสรรคของผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดสูงขึ้นหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) เนื่องจากแอปพลิเคชันฯ มีข้อมูลที่เป็นความรู้ให้กับผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วยหัวข้อ การเล่น/ของเล่นที่แนะนำ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พัฒนาการเด็ก นมแม่และอาหารเสริมสำหรับเด็ก การส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็ก ช่องทางติดต่อฉุกเฉิน โดยผู้ใช้แอปพลิแคชันสามารถคลิกเข้าไปดูข้อมูลที่เตรียมไว้ให้ตามหมวดหมู่ ซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาสาระที่เป็นคลิปวิดีโอ เว็บไซต์ออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อให้มีข้อมูลไว้สำหรับศึกษาและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กได้ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อหาความรู้ได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลเด็กบนโทรศัพท์แอนดรอยด์เกี่ยวกับประกอบการดูแลทารกให้เป็นมุสลิมที่สมบูรณ์ ทำให้มารดามีความรู้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเรียนรู้ผ่านการใช้แอปพลิเคชันช่วยให้มีการพัฒนาความรู้ของผู้เรียน[10] และผลการศึกษาพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของสื่อ

การเรียนรู้ รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่าแอปพลิเคชันมีประสิทธิภาพสูง นักศึกษาที่ใช้แอปพลิเคชันมีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชันอย่างมีความสำคัญทางสถิต[20] นอกจากนี้การศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าการใช้แอปพลิเคชันทางการแพทย์บนโทรศัพท์มือในเด็กทารกเกิดก่อนกำหนด ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ลดการเจ็บป่วยของเด็กเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดแอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ใช้มีความสามารถในการดูแลเด็กเพิ่มมากขึ้น[21]

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสูงขึ้นหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) เนื่องจากแอปพลิเคชันฯ สามารถเข้าถึงได้ง่าย ช่วยพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลให้เกิดความมั่นใจในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ รู้สึกถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ลดลงสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลมารดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่ามารดาส่งเสริมพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนดค่อนข้างครอบคลุมโดยรวมถึงร้อยละ 68.2 หากผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะทำให้รู้สึกถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ลดลงและสามารถดูแลเด็กทารกได้อย่างเต็มที่[22] และโปรแกรมเสริมพลังผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพผ่านวิดีโอโดยใช้แอปพลิเคชันสมาร์ทโฟนเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าความรู้ของผู้ดูแลเด็กหลังทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกว่าก่อนทดลอง (p<.001) การเรียนผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือมีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ดูแลเด็ก ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความพร้อมในการดูแลเด็กเนื่องจากได้รับการสนับสนุนและทำให้รู้สึกถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ลดลงได้[23]

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.363, SD = .761) และพบว่า มี 2 ด้านที่คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การใช้งานไม่ติดขัด และแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลทารก เนื่องจากการสร้างแอปพลิเคชันครั้งนี้ผ่านการพัฒนาโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ ทำให้การทำงานของระบบไม่ติดขัด ส่งเสริมให้ผู้ใช้รู้สึกพึงพอใจ แอปพลิเคชัน มีข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมความสามารถของผู้ใช้ ทำให้นำความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กทารกที่อยู่ในความดูแลได้ เป็นช่องทางการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่าย สอดคล้องกับหลักวิชาการโดยประยุกต์ใช้คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) เช่นเดียวกับการพัฒนาแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อสนับสนุนพัฒนาการเด็กทารกเกิดก่อนกำหนดในประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่าแอปพลิเคชันที่สร้างประกอบไปด้วยการเขียนบันทึก (Diary) พัฒนาการและการเล่นและ ชุนชน จากการทดลองใช้พบว่าผู้ใช้มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของ อยู่ที่ 3.70 ± 0.70 จาก 5 คะแนน ซึ่งผู้ใช้ต้องการแอปพลิเคชันที่มีความสนุกสนานเพิ่มมากขึ้น[24] แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันฯ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดได้แก่ สีสัน การแสดงภาพน่าสนใจ ดึงดูดผู้ใช้และเนื้อหาเข้าใจง่าย เนื่องจากการพัฒนาแอปพลิเคชันในครั้งนี้เป็นต้นแบบและข้อจำกัดด้านระยะเวลา ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญกับด้านการใช้งานไม่ติดขัดและช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลทารก และจะพัฒนาด้านอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรพัฒนาแอปพลิเคชันให้มีสีสันน่าสนใจ ดึงดูดผู้ใช้ และปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย ควรมีการทดลองใช้ในโรงพยาบาลระหว่างการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและเพิ่มระยะเวลาการทดลองใช้แอปพลิเคชัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้และการรับรู้อุปสรรคของผู้ดูแลมีคะแนนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน การวิจัยครั้งต่อไปควรปรับเป็นแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง (two-group pretest-posttest design) เพื่อให้งานวิจัยมีความเข้มแข็งมากขึ้น และเป็นลดตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาวิจัย และควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของแอปพลิเคชันฯ นี้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลใน

พื้นที่ ณ โรงพยาบาลคลองหลวง และโรงพยาบาลธัญบุรี ตำบลคลองหก จังหวัดปทุมธานี ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยนี้เป็นไปอย่างดี

แหล่งทุน

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากงบเงินอุดหนุนเงินงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน) สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สัญญาเลขที่ FRB66E1108R.4

References

1. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. The Lancet. 2023;402(10409):1261-71.
2. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's essentials of pediatric nursing. 11th ed. Canada: Elsevier health sciences; 2021.
3. Urharmnuay M, Namprom N, & Sunthornchai P. Nursing care of newborns at risk. Chiang Mai: Nantaphan Printing; 2010. (in Thai).
4. Brown G. NICU noise and the preterm infant. Neonatal network. 2009;28(3):165-73.
5. Kamu-then C, & Jirapaet V. Selected Factors Related to Sleep Duration in Preterm Infant after Discharge from Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1):110-7. (in Thai).
6. Cejas G, Gomez Y, Roca MC, & Dominguez F. Neurodevelopment of very low birth weight infants in the first two years of life in a Havana tertiary care hospital. Medical Education Cooperation with Cuba Review. 2015;17(1):14-7.
7. Varolarn V, Leuangkittikong T, & Yantaporn C. Developmental Care for Preterm Infant in Neonatal Intensive Care Unit: Nursing Practice Guidelines and Nursing Sensitive Indicators. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2023;5(1)(e2896):1-15. (in Thai).
8. Lissauer T, Fanaroff AA, Miall L, & Fanaroff J. Neonatology at a Glance. New Jersey: John Wiley & Sons; 2020.
9. Perlman JM. The genesis of cognitive and behavioral deficits in premature graduates of intensive care. Minerva pediatrica. 2003;55(2): 89-101.
10. Sriyasak A, Sumkong T, Ket-in V, Arayathanitkul B, & Lamtrakul S. Nurses' Role in Newborn Development Focused on Family Centered-Care in NICU. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2021;22(1):101-9. (in Thai).
11. Hayeese W, Chaimongkol N, Damklia W, Mama T, Kholoarsae Y, Pengmak T, et al. Premature Infants: A care and post-discharge follow-up model. Princess of Naradhiwas University Journal. 2020;12(1):1-4. (in Thai).
12. Posri S, & Chaiyawat W. The Effect of Discharge Planning Based on Theory of Goal Attainment on Caring Behavior at Home. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Suppl):177-86. (in Thai).
13. Hayeese W, Wangsawat T, Damklia W, & Chaimongkol N. Effects of the Perceived Self-Efficacy Promotion Program of Village Health Volunteers in Caring and Follow-up Preterm Infants after Discharged from Hospitals.The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2019;27(2):30-9. (in Thai).
14. Panthurat K, Sutthana S, Wihok C, & Wangkham A. Result of the Follow-up on Growth and Development Progress in Premature Babies in the Developmental Care Model. Journal of Health Science. 2019;28(3):432-40. (in Thai)

15. Hayeese W, Chaimongkol N, Sriyasak A, & Yeepaloh M. The Development of an Android Application: The Effects of Health Education Delivery through the Application in Caring for Islamic Preterm Infants after Discharge from a Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal. 2021;13(1):39-55. (in Thai)
16. Koller V, Harvey S, & Magnotta M. Technology-Based Learning Strategies. California: Social Policy Research Associates Inc; 2006.
17. Ministry of Public Health. Developmental Assessment For Intervetion Manual (DAIM). Bangkok: The printing business office of War Veterans Organization of Thailand; 2019. (in Thai).
18. Thanin Sincharu. (2014). Study and statistical data analysis with SPSS. Bangkok: We Interprint; 2014. (in Thai)
19. Buhsabun W, Nopmaneejumruslers K, & Seree P. Effect of Developmental Program using Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) and Adult Learning Theory in High Risk Newborn. Journal of The Department of Medical Services. 2021;46(2): 96-102. (in Thai).
20. Waithayawongkorn N, Elter PT, & Choonkor R. Improving Postpartum Care Practices in Nursing Students: the Development and Validation of a Mobile Application as an Instructional Media. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019;6(3):53-68. (in Thai).
21. Nayak BS, Lewis LE, Margaret B, Bhat YR, D'Almeida J, & Phagdol T. Randomized controlled trial on effectiveness of mH ealth (mobile/ smartphone) based Preterm Home Care Program on developmental outcomes of preterms: Study protocol. Journal of Advanced Nursing. 2019;75(2):452-60.
22. Sutalangka M, Urharmnuay M, & Chotibang J. Maternal care and related factors in developmental care of preterm infants. Nursing Journal. 2017;44(1):50-61. (in Thai).
23. Friska D, Kekalih A, Runtu F, Rahmawati A, Ibrahim NAA, Anugrapaksi E, et al. Health cadres empowerment program through smartphone application-based educational videos to promote child growth and development. Frontiers in Public Health. 2022;10:1-11. Doi: 10.3389/fpubh.2022.887288.
24. Park JH, & Cho H. Development of a mobile application focusing on developmental support care for Korean infants born prematurely: a methodological study. Child Health Nursing Research. 2022;28(2):112-23.

ความสัมพันธ์ของการใช้ยาต้านโคลิเนอร์จิกและภาวะทุพโภชนาการ ในผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Association between Anticholinergic Drug Impact on Nutritional Status in Older Adults at Outpatient Department of Phramongkutklao Hospital

สุทธิดา จตุจินดา กุลเชษฐ์ เกษะโกมล* กรวีร์ เมธิสริยพงศ์ พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ
Sutthida Jatujinda Kulachede Gesakomol* Korawee Matesareyapong Patsri Srisuwan
กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
Outpatient Department Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิกกับภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment Short form : MNA-SF) ร่วมกับ ประเมินการได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก โดยใช้ Drug burden index (DBI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (MNA-SF = 11-8) 1.78 เท่า (95%CI 1.22-2.60, p = 0.003) และภาวะทุพโภชนาการ (MNA-SF = 7-0) 1.99 เท่า (95%CI 1.24-3.18, p = 0.004) เมื่อเทียบกับกลุ่มโภชนาการปกติ (MNA-SF ≥ 12)

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษานี้ พยาบาลผู้สูงอายุและสหวิชาชีพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการลดผลข้างเคียงจากยา ส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะทุพโภชนาการ, ยาต้านโคลิเนอร์จิก

Abstract

The purposes of this cross-sectional study aimed to investigate the relationship between anticholinergic drug use and malnutrition in older adults. Data were collected using the Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) questionnaire to screen for malnutrition and the Drug Burden Index (DBI) to assess anticholinergic drug use in patients aged over 60 years who visited the outpatient department of Phramongkutklao Hospital.

Data was analyzed using descriptive statistics and logistic regression, The results showed that anticholinergic medication use is associated with an increased risk of malnutrition in elderly. Compared to the control group (MNA-SF ≥ 12), the adjusted odds ratio (AOR) for developing risk of malnutrition (MNA-SF = 11-8) and malnutrition (MNA-SF = 7-0) was 1.78 times (95%CI 1.22 - 2.60, p = .003) and 1.99 times (95%CI 1.24 - 3.18, p = .004), respectively.

Corresponding Author: *Email: Kulachade.gesakomol@gmail.com

วันที่รับ (Received) 19 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 16 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 7 มิ.ย. 2567

This research offers insights for nurses and other healthcare providers to enhance the care of older adults. By implementing strategies to minimize medication side effects and promote safe medication practices.

Keywords: elderly, malnutrition, anticholinergic drugs

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่น ๆ เนื่องจากมีความอยากอาหารลดลง ระบบเผาผลาญ โรคที่พบมากขึ้น รวมถึงความต้องการทางโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย[1] โดยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ จึงมีพยาบาลที่ได้รับการอบรมพิเศษในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติสูงอายุ ซึ่งบทบาทสำคัญในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่การคัดกรอง ตลอดจนให้การดูแลรักษา และ ฟื้นฟู

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับยามากขึ้น หรือได้รับยาหลายขนานพร้อมกัน (polypharmacy)[2] เนื่องจากโรคประจำตัวหรืออาการต่าง ๆ แต่ในทางกลับกันพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากยามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยเฉพาะผลข้างเคียงจากยาต้านโคลิเนอร์จิก[3]

ยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก สามารถพบได้ในกลุ่มยาแก้แพ้, ยากลุ่ม Benzodiazepines, ยารักษาภาวะซึมเศร้ากลุ่ม Tricyclic, ยารักษาอาการทางจิต, ยาคลายกล้ามเนื้อ, และยาลดการหดเกร็งกล้ามเนื้อเรียบ ซึ่งสามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่ เสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น, ภาวะความรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment), ภาวะสมองเสื่อม (dementia), อาการง่วงซึม ปากแห้ง ตาพร่ามัว ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก และ ความอยากอาหารลดลง ระมัดระวังการใช้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการใช้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกันหลายตัวจทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น[2,4]

ในด้านของการป้องกันการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (potentially inappropriate medications) ในประชากรกลุ่มนี้ ได้มีแนวทางสำหรับการใช้ยาอย่างปลอดภัย เช่น BEER criteria[5] และ Screening Tool of Alert doctor to Right Treatment (STOPP/START Criteria)[6] ซึ่งแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านโคลิเนอร์จิก เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงข้างต้น

ดังนั้นความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นเรื่องที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในบริบทของสถานพยาบาล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความไวต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) มากกว่า และ มักพบว่ามีโรคประจำตัวร่วมที่ทำให้มีการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน ซึ่งเพิ่มแนวโน้มในการเกิดผลข้างเคียงของยา รวมถึงปฏิกิริยาระหว่างยาและอาจส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุได้[7,8]

โดยการศึกษาที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่ายาหลายชนิดส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะยาต้านโคลิเนอร์จิกส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดปัญหาปากแห้ง ท้องผูก กลืนลำบาก[4] และความอยากอาหารลดลง[8] แต่ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย

ปัจจุบัน โรงพยาบาลในประเทศไทยมีการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการผู้สูงอายุโดยใช้ Mini Nutritional Assessment Short form (MNA-SF)[9] แต่การประเมินความเสี่ยงจากการใช้ยาต้านโคลิเนอร์จิคยังมีน้อย และยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้จึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาต้านโคลิเนอร์จิกกับภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าพบแพทย์ตามนัดต่อเนื่องเพื่อรับยารักษาโรคประจำตัวและอาการอื่น ๆ ซึ่งมีโอกาสในการได้รับยาหลายขนาน ที่อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง รวมถึงศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ เพื่อนำมาสู่การให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย ตลอดจนถึงกระบวนการรักษา และ ฟื้นฟู ได้อย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

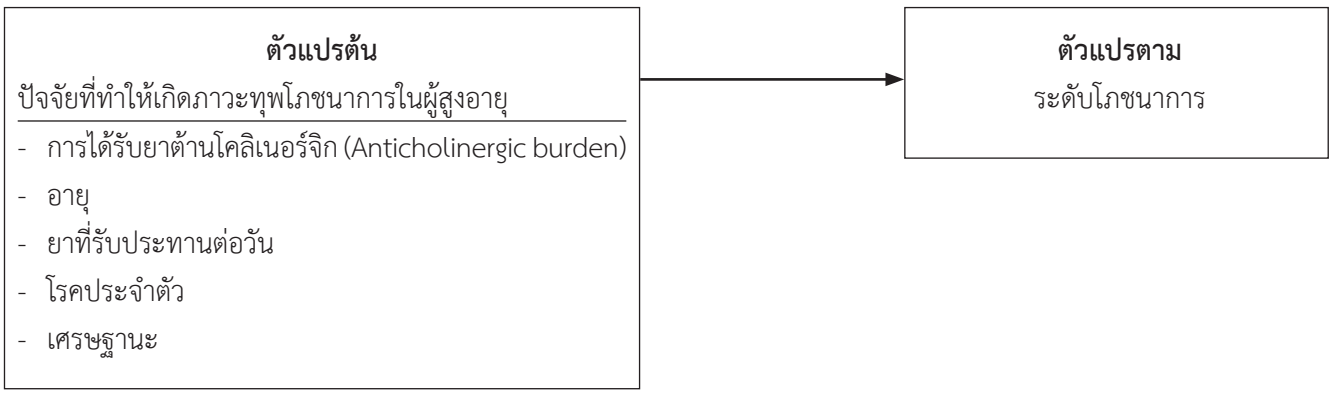
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานการวิจัย

การรับประทานยาต้านโคลิเนอร์จิก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ทำให้ระบบเผาผลาญทำงานลดลง โดยจากการทบทวนการศึกษา systemic review เกี่ยวข้อง[1] พบว่า พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (polypharmacy) โรคประจำตัว ฐานะยากจน ความรู้สึกเบื่ออาหาร และภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งในการศึกษานี้ แม้ว่าไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก กับภาวะทุพโภชนาการ แต่การใช้ยาต้านโคลิเนอร์จิกสามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร และ ความรู้สึกเบื่ออาหาร ซึ่งส่งผลต่อโภชนาการของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า anticholinergic burden ที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ในผู้ป่วยสูงอายุ[10] และ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ทั้งในบริบทของ ผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล[11,12,13] โดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) รูปแบบการศึกษาตามขวาง (cross-sectional study) โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยผ่านแบบสอบถามประเมินโดยผู้ทำวิจัย ร่วมกับการใช้ข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีในช่วงเวลาที่ได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก โดยคัดผู้เข้าร่วมวิจัยทำโดยการสุ่ม เกณฑ์คัดออกคือ มีภาวะติดเตียง หรือ ป่วยเป็นโรคในระยะท้าย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณ Sample size ดังนี้:

$$n = \frac{Z^2 P (1-P)}{E^2}$$

โดยระดับความเชื่อมั่น 95%, Z = 1.96, P = อัตราการเกิดภาวะทุพโภชนาการอ้างอิงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[(11)] ร้อยละ 22.6, E = ค่าความผิดพลาด ร้อยละ 5 เมื่อปรับขนาดตัวอย่างโดยพิจารณาอัตราการผิดพลาดข้อมูลร้อยละ 5 งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเก็บข้อมูลผู้ร่วมวิจัย จำนวนอย่างน้อย 286 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทำวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ, เพศ, การศึกษา, สิทธิการรักษา, รายได้ต่อเดือน, น้ำหนัก/ส่วนสูง, การมีโรคร่วม, ยาและจำนวนยาที่รับประทานในปัจจุบัน

2. Mini Nutritional Assessment Short form (MNA-SF)[14] เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาและใช้ประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุในช่วงปี 2001 โดย Rubenstein และคณะ โดยนำแบบประเมิน Mini Nutritional Assessment ที่มีอยู่เดิมของ Nestlé Nutrition Institute ซึ่งออกแบบในปี 1990 มาย่อให้สั้นลงโดยเหลือคำถาม 6 ข้อ และทำการเปรียบเทียบ พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) ที่แสดงว่า MNA-SF มีความใกล้เคียงกับ MNA ฉบับเต็ม (Pearson's r = 0.96) และมีค่าความไวร้อยละ 97.9 ค่าความจำเพาะร้อยละ 100

3. แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic burden) ในงานวิจัยนี้ ได้ใช้ Drug Burden Index (DBI)[15] ซึ่งเป็นเครื่องมือ

คำนวณการได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก ที่ออกแบบขึ้นในปี 2007 โดย Hilmer และ คณะ โดยคำนวนจากปริมาณยาต้านโคลิเนอร์จิกที่ผู้ป่วยทานต่อวัน และ ปริมาณยาที่ต่ำที่สุดที่แนะนำให้รับประทานต่อวัน (Recommended minimum daily dose) โดยองค์กรอาหารและยาสหรัฐ (US Food and Drug Administration: FDA) โดยสามารถคำนวณคะแนน DBI ได้จาก สมการ ดังนี้:

$$DBI = \sum \frac{D}{\delta + D}$$

DBI = ค่าบ่งชี้ของการสัมผัสยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก
D = ปริมาณยาต้านโคลิเนอร์จิกที่รับประทาน
δ = ปริมาณยาที่ต่ำที่สุดที่แนะนำให้ใช้ (Recommended minimum daily dose)

ซึ่งในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าคะแนน DBI ที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับภาวะถดถอยของสมรรถภาพทางกาย โดยสัมพันธ์กับการลดลงของสมรรถภาพทางกาย, การลดลงของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ การบกพร่องทางสติปัญญา[16]

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่มีค่าDBI สูงขึ้น ยังพบความสัมพันธ์กับการหกล้ม กระดูกหัก การเกิดภาวะเปราะบาง (frailty), การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ อัตราการเสียชีวิต[16,17]

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมิน Anticholinergic burden ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ Drug Burden Index เนื่องจากออกแบบเพื่อใช้คำนวนหาความเสี่ยงจากยาต้านโคลิเนอร์จิกที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงขนาดยา และ ชนิดของยา ในผู้ป่วยสูงอายุในบริบทชุมชน และ สถานพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ณ กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากการทำแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยให้ความช่วยเหลือในการอ่านและกรอกข้อมูลในผู้ที่มีปัญหาในการมองเห็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จ โดยนำตัวแปรที่สนใจมาแจกแจงลงในกลุ่มภาวะโภชนาการโดยนำเสนอเป็นค่าร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย (mean) ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) จากนั้น ข้อมูลชนิดตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (categorical variable) นำมาวิเคราะห์ด้วย Pearson's chi-square test และ ใช้ Kruskal-Wallis test ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) และหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการ และปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญ โดยหา adjusted odd ratio เพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการศึกษาโดยใช้ logistic regression analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05 และ ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก เลขที่งานวิจัย R173q/66 รับรองเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลักเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนขอความยินยอม และ รับทราบว่าสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลที่พบในกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ (n = 319)

ข้อมูล	โภชนาการปกติ MNA-SF (14-12) N = 179(%)	เสี่ยงทุพโภชนาการ MNA-SF (11-8) N = 85(%)	ภาวะทุพโภชนาการ MNA-SF (7-0) N = 55(%)	P-value
เพศ				
- หญิง	124 (69.3%)	57 (67.1%)	37 (67.3%)	
- ชาย	55 (30.7%)	28 (32.9%)	18 (32.7%)	
total	179 (100%)	85 (100%)	55 (100%)	.404
อายุ (mean±std deviation)	69.34 ± 6.67	72.26±7.7	79.45±8.57	**<.001**‡
สิทธิการรักษา				
- บัตรทอง	78 (43.6%)	24 (28.2%)	22 (40.0%)	
- ข้าราชการ	82 (45.8%)	51 (60.0%)	26 (47.3%)	
- ประกันสังคม	12 (6.7%)	7 (8.2%)	4 (7.3%)	
- อื่นๆ	7 (3.9%)	3 (3.5%)	3 (5.5%)	
total	179 (100%)	85 (100%)	55 (100%)	**.120**
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	62 (34.6%)	28 (32.9%)	22 (40.0%)	
- มัธยมศึกษา	56 (31.3%)	15 (17.6%)	16 (29.1%)	
- ปริญญา	61 (34.1%)	42 (49.4%)	17 (30.9%)	
total	179 (100%)	85 (100%)	55 (100%)	**.30**
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
<10,000	31 (17.3%)	14 (16.5%)	4 (7.3%)	
10,000-30,0000	73 (40.8%)	27 (31.8%)	14 (25.5%)	
30,000-50,000	53 (29.6%)	29 (34.1%)	32 (58.2%)	
>50,000	22 (12.3%)	15 (17.6%)	5 (9.1%)	
total	179 (100%)	85 (100%)	55 (100%)	**.415**
โรคประจำตัว				
- ไม่มี	11(6.1%)	4 (4.7%)	0 (0.0%)	
- 1 โรค	28 (15.6%)	18 (21.2%)	5 (9.1%)	
- 2 โรค	64 (35.8%)	20 (23.5%)	14 (25.5%)	
- 3 โรค	68 (38.0%)	31 (36.5%)	23 (41.8%)	
- 4 โรค	8 (4.5%)	12 (14.1%)	13 (23.6%)	
total	179 (100%)	85 (100%)	55 (100%)	**.328**
Polypharmacy				
- ยาที่รับประทานต่อวัน<5	108 (60.3%)	33 (38.8%)	16 (29.1%)	
- ยาที่รับประทานต่อวัน≥5	71 (39.7%)	52 (61.2%)	39 (70.9%)	
total	179 (100%)	85 (100%)	55 (100%)	**.005***
DBI score				
- Low risk (DBI = 0-0.5)	120 (67.0%)	39 (45.9%)	21 (38.2%)	
- Mod risk (DBI = 0.5-1)	43 (24.0%)	27 (31.8%)	21 (38.2%)	
- High risk (DBI ≥1)	16 (8.9%)	19 (22.4%)	13 (23.6%)	
total	179 (100%)	85 (100%)	55 (100%)	**.002***

หมายเหตุ: DBI; Drug burden index, *p-value < .05 Chi-square test, ‡Kruskal-Wallis test

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 319 ราย อายุเฉลี่ย 71.86 ±8.18 ปี, พบว่า ร้อยละ 68.3 เป็นเพศหญิง, มีการศึกษาในระดับปริญญาร้อยละ 37.6, ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเบิกตรงกรมบัญชีกลาง ร้อยละ 49.8, มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 30,000 ถึง 50,000 บาท จำนวนร้อยละ 35.7 และ ร้อยละ 38.2 มีโรคประจำตัวสามอย่าง โดยมีการใช้ยาร่วมกันหลายขนานคิดเป็นร้อยละ 50.8

สามารถจำแนกเป็นกลุ่มได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิกในระดับต่ำ (DBI 0-0.5คะแนน) ร้อยละ 56.4 , กลุ่มได้รับมียาต้านโคลิเนอร์จิกในระดับปานกลาง (DBI 0.5-1 คะแนน) ร้อยละ 28.5 และ กลุ่มที่ได้รับมียาต้าน โคลิเนอร์จิกในระดับสูง (DBI ≥1 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 15

สำหรับภาวะทุพโภชนาการ พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติมากที่สุด ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงทุพโภชนาการ ร้อยละ 26.6 และ พบผู้มีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 17.2

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้เข้าร่วมที่มีโภชนาการปกติ พบว่ากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มภาวะทุพโภชนาการ มีช่วงอายุที่มากกว่า, ได้รับยาหลายขนาน (polypharmacy≥5 รายการ) และ อยู่ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิกในระดับปานกลางและสูง โดย ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา กับ ภาวะทุพโภชนาการ ตาม ตารางที่1 พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะทุพโภชนาการคือ อายุ (p-value<.001) ,การได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก (p-value = .002) และ การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (p-value = .005)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง DBI score, การใช้ยาร่วมกันหลายขนานและโภชนาการ

ปัจจัย	เสี่ยงทุพโภชนาการ		ภาวะทุพโภชนาการ	
	Adjusted OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
DBI score	1.78 (1.22-2.60)	**.003***	1.99 (1.24-3.18)	**.004***
Polypharmacy	2.53 (1.4-4.7)	**.003***	2.38 (1.08-5.3)	**.033***
อายุ	1.06 (1.02-1.1)	**.006***	1.17 (1.11-1.23)	**<.001***

หมายเหตุ: Multinomial logistic regression, *p-value < .05

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะทุพโภชนาการ

ในตารางที่ 2 ได้ทำการเปรียบเทียบเพื่อหาความสัมพันธ์ของ อายุ การได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก และการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน กับภาวะทุพโภชนาการ พบว่าปัจจัยทั้งสามมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ การเป็นกลุ่มเสี่ยงทุพโภชนาการ และ กลุ่มทุพโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิกที่เพิ่มขึ้นมี adjusted odds ratio เท่ากับ 1.78 (95%CI 1.22-2.60) และ 1.99 (95%CI 1.24-3.18) ในกลุ่มเสี่ยงทุพโภชนาการ และ กลุ่มทุพโภชนาการตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน และ DBI score

	Polypharmacy (จำนวนยา > 5 รายการ)	
	OR (95%CI)	P-value
DBI score	1.567(1.152-2.132)	.004*

หมายเหตุ: Multinomial logistic regression, *p-value < .05

3. ความสัมพันธ์ของการได้รับยาหลายขนาน และการเพิ่มขึ้นของ DBI score

ในตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาหลายขนานมากกว่า5 รายการ มีโอกาสเสี่ยงในการได้รับยา ต้านโคลิเนอร์จิก odds ratio เท่ากับ 1.78 (95%CI 1.15-2.13)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยในกลุ่มที่มีค่า DBI score เพิ่มขึ้น ส่งผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นกลุ่มเสี่ยงทุพโภชนาการ และกลุ่มทุพโภชนาการมีนัยสำคัญ โดยอาจอธิบายได้จากผลข้างเคียงของฤทธิ์ยาต้านโคลิเนอร์จิกที่ทำให้เกิดความอยากอาหารลดลง ปากแห้ง ท้องผูก และ การกลืนลำบาก[5,13]

ปัจจัยอื่น ๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ ในการศึกษานี้ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น และการได้รับยาหลายขนาน โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ ความอยากอาหารลดลง การเคลื่อนไหวลดลง การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ส่งผลต่อการย่อยอาหารและการดูดซึม ส่งผลให้การบริโภคอาหารไม่เพียงพอ นำไปสู่ความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการที่สูงขึ้น[18]

ในด้านของการรับประทานยาร่วมกันหลายชนิด (polypharmacy) สามารถเกิดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารได้ เช่น กลุ่มยารักษาโรคเบาหวาน, ยารักษากลุ่มอาการทางจิต และ ยารักษาอาการปัสสาวะผิดปกติ ที่ทำให้เกิดคลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปากแห้ง อาการคลื่นไส้ เปลี่ยนแปลงการรับรส ซึ่งส่งผลต่อการบริโภคอาหาร[19]

นอกจากนี้พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาหลายขนานมี DBI score สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับยาหลายขนาน มีความเสี่ยงที่จะได้รับยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกร่วมด้วย

ดังนั้นการได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก อายุที่เพิ่มขึ้น และ การได้รับยาหลายขนาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำมาใช้ในเวชปฏิบัติพยาบาลในการคัดกรอง และส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการกลุ่มนี้ได้[20,21]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิค (Anticholinergic burden) นอกเหนือจากการเป็นปัจจัยที่เกิดทุพโภชนาการแล้ว ยังบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ จากยาต้านโคลิเนอร์จิกได้ เช่น การหกล้ม, การบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (cognitive impairment), ปัญหาท้องผูก และ อื่น ๆ ดังนั้นการเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม (inappropriate medication) ในผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานพยาบาล และ ในบริบทของชุมชน เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น

2. ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวโดยสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ผู้จ่ายยานำเครื่องมือเช่น BEER criteria หรือ STOPP/START criteria เพื่อปรับลดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล มีบทบาทในการประเมินภาวะทุพโภชนาการ การใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงอื่น ๆ ของยาต้านโคลิเนอร์จิก เช่น อาการหน้ามืดวิงเวียน ซึ่งสามารถนำไปสู่การหกล้ม ภาวะความรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) อาการง่วงซึม และ อื่น ๆ

3. นอกจากนี้ควรให้คำแนะนำ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ได้รับยาหลายขนาน หรือได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิก ซึ่งหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะที่ควรได้รับการประเมินแก้ไข โดยดำเนินการประสานทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross sectional study) ซึ่งจัดทำในผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมถึงประชากรผู้สูงอายุบริบทอื่น ๆ ในประเทศไทย เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือ กลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่อื่นของประเทศไทย หากมีการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของภาวะทุพโภชนาการและตัวแปรอื่น ๆ ในอนาคต ควรทำการศึกษาโดยใช้รูปแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) รวมถึงศึกษาในประชากรกลุ่มที่มีความหลากหลายมากขึ้น และ มีการระบุปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ชนิดของโรคประจำตัว ระยะเวลาในการรับประทานยาต้านโคลิเนอร์จิค รวมถึงการบันทึกผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านโคลิเนอร์จิกหลังเริ่มรับประทานยา ในช่วงเวลาต่าง ๆ เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลเป็นภาพรวมที่สมบูรณ์มากขึ้น

References

1. Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A, et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. Advances in Nutrition. 2016;7(3):507–22.
2. Nathalie Seppala L, Sirpa Hartikainen, Kamkar N, Mallet L, Masud T, et al. European position paper on polypharmacy and fall-risk-increasing drugs recommendations in the World Guidelines for Falls Prevention and Management: implications and implementation. European Geriatric Medicine. 2023.
3. Chen YC, Huang HH, Fan JS, Chen MH, Hsu TF, Yen DHT, et al. Comparing Characteristics of Adverse Drug Events Between Older and Younger Adults Presenting to a Taiwan Emergency Department. Medicine. 2015; 94(7):e547.
4. Gerretsen P, & Pollock BG. Drugs with anticholinergic properties: a current perspective on use and safety. Expert Opinion on Drug Safety. 2011; 10(5):751–65.
5. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2023 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2023;71(7):2052-81.
6. O'Mahony D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/ potential prescribing omissions in older people: origin and progress. Expert Review of Clinical Pharmacology. 2020;13(1):15-22
7. O'Connell J, Henman MC, Burke É, Donegan C, McCallion P, McCarron M, et al. Association of Drug Burden Index with grip strength, timed up and go and Barthel index activities of daily living in older adults with intellectual disabilities: an observational cross-sectional study. BioMed Central Geriatrics. 2019;19(1):173
8. Lim R, Kalisch Ellett LM, Widagdo IS, Pratt NL, & Roughead EE. Analysis of anticholinergic and sedative medicine effects on physical function, cognitive function, appetite and frailty: a cross-sectional study in Australia. British Medical Journal Open. 2019;9(9):e029221.
9. Department of Medical services Ministry of Public Health. Elderly Screening Manual 2564 Ministry of Public Health. Bangkok: Najanta Creation Co;2021. (in Thai)
10. Castejón-Hernández S, Latorre-Vallbona N, Molist-Brunet N, Cubí-Montanyà D, & Espaulella-Panicot J. Association between anticholinergic burden and oropharyngeal dysphagia among hospitalized older adults. Aging Clinical and Experimental Research. 2021;33(7):1981-5.
11. Ates Bulut E, Erken N, Kaya D, Dost FS, & Isik AT. An Increased Anticholinergic Drug Burden Index Score Negatively Affect Nutritional Status in Older Patients Without Dementia. Frontiers in Nutrition. 2022;9:789986.
12. Naharci MI, Katipoglu B, & Tasci I. Association of anticholinergic burden with undernutrition in older adults: A cross-sectional study. Nutrition in Clinical Practice. 2022;37(5):1215-24.
13. Kose E, Hirai T, Seki T, & Yasuno N. Anticholinergic Load and Nutritional Status in Older Individuals. The journal of nutrition, health & aging. 2019;24(1):20–7.

14. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. The Journal of Nutrition, Health and Aging. 2009;13(9):782–8.
15. Hilmer SN. A Drug Burden Index to Define the Functional Burden of Medications in Older People. Archives of Internal Medicine. 2007;167(8):781–7
16. Kouladjian L, Gnjidic D, Chen T, Hilmer S, & Mangoni A. Drug Burden Index in older adults: theoretical and practical issues. Clinical Interventions in Aging. 2014;9(9):1503-15.
17. Nishtala PS, Narayan SW, Wang T, & Hilmer SN. Associations of drug burden index with falls, general practitioner visits, and mortality in older people. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2014;23(7):753–8.
18. Amarya S, Singh K, & Sabharwal M. Changes during aging and their association with malnutrition. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics. 2015;6(3):78–84.
19. Kok WE, Haverkort EB, Algra YA, Mollema J, & Hollaar VRY, Naumann E, et al. The association between polypharmacy and malnutrition(risk) in older people: A systematic review. Clinical Nutrition European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. 2022;49:163-71.
20. Atchara S, Nutthakritta S, Prasertsak K, & Sombut O. Factors Related to a Fall Prevention Behaviors of Elderly. Journal of The Thai Army Nurses. 2017;18(1), 215-22. (in Thai)
21. Sukrita M. The Relationships between Knowledge, The Number of Drugs Used and Drug Use Problems among Elderly Patients with Chronic Illness at A Medical Clinic. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3), 504-11. (in Thai)

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มหอผู้ป่วย งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

The Factors Affecting Anxiety Among Registered Nurse and Practical Nurse Working in Medical and Psychiatric Nursing Division During Covid 19 Pandemic

พรวิมล เบียดกระโทก* วันเพ็ญ เอี๊ยะเผ่าพันธ์ สุชัญญา วงศ์แหวน ณัฏฐา สายเสวย
Pornwimol Biadkrathok* Wanpen Earphaopun Suchanya Wongwaen Nattha Saisavoey
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 และหอผู้ป่วยทั่วไป ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 1,412 ราย สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 และหอผู้ป่วยทั่วไป เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง และแบบประเมินความเครียดและวิตกกังวลต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ช่วงเวลา โดยแบบสอบถามออนไลน์ ช่วงเวลาที่ 1 คือ ช่วงที่เริ่มมีผู้ป่วยโควิด 19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชสูงสุด ช่วงเวลาที่ 2 คือ ห่างจากช่วงเวลาที่ 1 เป็นเวลา 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ ค่า Inter-quartile range ร้อยละ และสถิติ t-test, stepwise multivariable binary logistic regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล ได้แก่ อายุน้อยกว่า 35 ปี และความไม่เพียงพอของรายได้ ระดับความวิตกกังวลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 และหอผู้ป่วยทั่วไป ในช่วงเวลาที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เท่ากับ 11.8+6.6 และ 13.9+7.2 (ตามลำดับ) เสนอแนะการจัดนโยบายแก่บุคลากรเพื่อลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ความวิตกกังวล, พยาบาลด่านหน้า, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Corresponding Author: *E-mail: nattha.sai@mahidol.edu

วันที่รับ (received) 26 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.ค. 2566

Abstract

This study is descriptive research aimed at studying factors affecting the level of anxiety of 1,412 nurses and nursing assistants in the COVID-19 ward and general ward during the COVID-19 pandemic by using their own negative emotional rating scale and the stress and anxiety assessment questionnaire regarding the fear of the virus among healthcare workers. The evaluation was divided into two periods and one month apart. Data were analyzed with mean values. Standard deviation, median and Inter-quartile range, percentile and t-test statistics, stepwise multivariable binary logistic regression analysis.

The Results revealed that for the first period, the anxious score of personnel working in the ward with COVID-19 infection compared to the group working in general cases was significantly different (p-value = .001), equal to 11.8+6.6 and 13.9+7.2 (respectively). Recommend policy arrangements for personnel to reduce anxiety. especially those with risk factors

Keywords: Coronavirus 2019, Anxiety, Frontline nurses, Associated factors

บทนำ

สถานการณ์ระบาดโควิด 19 ทั่วโลก ส่งผลต่อสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ซึ่งความวิตกกังวลตามสถานการณ์ที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ล่วงหน้าที่เกินความสามารถของตนเองที่เป็นอยู่จริง ส่งผลให้รู้สึกถูกคุกคามความปลอดภัย ความวิตกกังวลสามารถเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความคิด หากความวิตกกังวลมีน้อยหรือมากเกินไป จะทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง อาจส่งผลทางด้านจิตประสาท ความแปรปรวนทางอารมณ์ ทั้งยังอาจก่อให้เกิดความตึงเครียดในกล้ามเนื้อและความอิดโรยของร่างกาย[1] มีผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับโควิด 19 ของพยาบาลที่สูงขึ้น ส่งผลให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตลดลง[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความชุกของความวิตกกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ระบาดโควิด 19 พบว่าความชุกความวิตกกังวลของพยาบาลเท่ากับร้อยละ 22.8-27.0 ซึ่งในแต่ละประเทศอาจมีความวิตกกังวล และปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลแตกต่างกัน[3] พยาบาลในอู่ฮั่น ประเทศจีน มีความวิตกกังวลร้อยละ 77.3 โดยปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส อายุงาน และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ส่งผลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< .05)[4] การศึกษาความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า ในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศจีน พบว่าบุคลากรมีความวิตกกังวลร้อยละ 28.5 ผู้ที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี อายุมากกว่า 30 ปี ถึง 45 ปี ทำงานในหอผู้ป่วยโควิด 19 และความกังวลในมาตรการฆ่าเชื้อที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5]

สถานการณ์ระบาดโควิด 19 ในประเทศไทย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสภาพจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ แต่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล และระดับความวิตกกังวลของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยยังมีจำกัด พบมีการศึกษาความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงการระบาดโควิด 19 โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งบุคคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโควิด 19 ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าปานกลางถึงสูง และความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป[6]

ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลศิริราชให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 โดยสถิติในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2563-2566 เท่ากับ 8,711 ราย ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโควิด 19 เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช มากกว่าในช่วงที่ผ่านมา คือ 6,875 ราย ทำให้มีการขยายขอบเขตการให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 โดยงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ได้ปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยทั่วไปจำนวน 9 หอผู้ป่วย เป็นหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 (cohort ward) เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ส่งผลให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจำเป็นต้องปรับบทบาทให้มีความเฉพาะทางมากยิ่งขึ้น เรียนรู้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 การป้องกันแพร่กระจายเชื้อ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น ในระยะเวลาอันจำกัด เพื่อให้

พร้อมในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ส่งผลให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีความวิตกกังวล ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ในโรงพยาบาลศิริราช ทั้งในกลุ่มหอผู้ป่วยโควิด 19 (cohort ward) และหอผู้ป่วยทั่วไป (non cohort ward) เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดนโยบายและดูแลบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการรับรู้ของพยาบาลต่อการสนับสนุนขององค์กรและสังคมที่สูงขึ้นมีแนวโน้มความวิตกกังวลลดลง[7]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มหอผู้ป่วย งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด 19

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มหอผู้ป่วย งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด 19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน cohort และ non cohort ward ในงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ช่วงการระบาดโควิด 19 รวม 1,412 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ สมัครใจและปฏิบัติงานในกลุ่มหอผู้ป่วยข้างต้น เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม nQuery Advisor โดยใช้สูตร two group Chi-square test of equal proportions แทนขนาดของ effect size ด้วยค่า Odds ratio จากงานวิจัยเทียบเคียง มีความชุกของความวิตกังวลเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 25.03 เลือกปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ได้แก่ อายุของบุคลากร ในกลุ่มบุคลากรที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลโดยประมาณเท่ากับร้อยละ 30 และในกลุ่มบุคลากรที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลโดยประมาณเท่ากับร้อยละ 20 แล้วปัจจัยตัวแปรอายุน้อยมี odds ratio เท่ากับ 1.714 กำหนดระดับความนัยสำคัญทางสถิติ alpha = .05 อำนาจการทดสอบ power 0.8 อัตราส่วนของกลุ่มอายุมากต่อกลุ่มอายุน้อย allocation ratio n2/n1 = .333 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมเท่ากับ 759 เป็นกลุ่มอายุมากเท่ากับ 190 ราย และอายุน้อยเท่ากับ 570 ราย สำรองความไม่ครบถ้วนข้อมูลร้อยละ 10 จะใช้ตัวอย่างเท่ากับ 844 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามผ่านทางแบบประเมินออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการทำงาน การประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง (DASS-21) ซึ่งประกอบด้วยการวัดระดับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด จำนวน 21 ข้อ การประเมินความเครียดและวิตกกังวลต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (SAVE-9) จำนวน 9 ข้อฉบับภาษาไทย และความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์จำนวน 3 ท่าน

แบ่งเวลาในการตอบแบบสอบถามเป็น 2 ช่วง เวลา ได้แก่

ช่วงเวลาที่ 1 คือ ช่วงแรกของสถานการณ์ระบาดโควิด 19 โดยกลุ่ม cohort ward (n = 324) ให้นึกถึงสถานการณ์ 2 สัปดาห์แรกที่ปฏิบัติงานใน cohort ward กลุ่ม non cohort ward (n = 549) ให้นึกถึงช่วงที่เริ่มมีผู้ป่วยโควิด 19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชสูงสุด คือ ในช่วงวันที่ 1-15 สิงหาคม 2564 โดยเก็บข้อมูล วันที่ 3-17 ธันวาคม 2564 ช่วงเวลาที่ 2 คือ เวลา ณ ปัจจุบันของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน cohort ward (n = 167) และกลุ่ม non cohort ward (n = 372) โดยเก็บข้อมูลวันที่ 4-18 มกราคม 2565

เครื่องมือในการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดสูงสุด ค่ามัธยฐาน และ ค่า Inter-quartile range ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้จำนวนและร้อยละ กรณีข้อมูลเป็น nominal ใช้สถิติ chi-square test ส่วนตัวแปรต่อเนื่อง ข้อมูลที่มีลักษณะการกระจายเป็นแบบปกติแสดงค่ากลางเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มโดยใช้ t-test, stepwise multivariable binary logistic regression analysis ในการหาจุดตัดที่เหมาะสมของ SAVE-9 เมื่อใช้ DASS-21 ซึ่งเป็นการประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง โดยเลือกเฉพาะ

หัวข้อความวิตกกังวล โดยคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เริ่มมีความวิตกกังวล เมื่อนำมาเทียบกับ SAVE-9 โดยใช้ receiver operating characteristic curve (ROC curve) และคำนวณค่า diagnostic statistics test (sensitivity, specificity) พบว่าค่า sensitivity และ specificity ที่มีค่าสูงสุด คือร้อยละ 67.1 และร้อยละ 69.0 ตามลำดับ ซึ่งเท่ากับคะแนนของ SAVE-9 มากกว่า 14 คะแนน (cut off point) แสดงว่ามีความวิตกกังวล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ EC Si 908/2021 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2565 และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ขอความอนุเคราะห์จากฝ่ายการพยาบาลแจ้งผู้ประสานงานขอความร่วมมือจากงานการพยาบาลต่าง ๆ ตอบแบบสอบถามออนไลน์ ขั้นตอนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีสิทธิในการยุติได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาระดับความวิตกกังวลและปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มหอผู้ป่วย งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ผลการวิจัยเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของประชากร ระดับความวิตกกังวลและปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของประชากรที่ศึกษาดังตารางต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไป	ช่วงเวลาที่ 1		Total		ช่วงเวลาที่ 2	Total
	cohort (n = 324)	non cohort (n = 549)	cohort (n = 873)	non cohort (n = 167)	(n = 372)	(n = 539)
เพศหญิง n(%)	308(95.1)	522(95.1)	830(95.1)	161(96.4)	351(94.4)	512(95.0)
อายุ X (min-max)	33.2(20-59)	31.6(19-60)	32.4(19-60)	33.3(19-52)	32.4(19-60)	32.7(19-60)
สถานภาพสมรส n(%)						
โสด n(%)	245(75.6)	419(76.3)	664(76.1)	124(74.3)	285(76.6)	409(75.9)
คู่/สมรส n(%)	72(22.2)	119(21.7)	191(21.8)	40 (24)	77 (20.7)	117(21.7)
หย่าร้าง/หม้าย n(%)	7(2.2)	11(2.0)	18(2.1)	3(1.8)	10(2.7)	13(2.4)
ตำแหน่งพยาบาล n(%)	218(67.3)	385(70.1)	603(69.1)	102(61.1)	272(73.1)	374(69.4)
อายุงาน (ปี)(min-max)	11.47(1-39)	10(1-41)	10.5(1-41)	11.67(1-30)	10.7(1-41)	11.0(1-41)
อาศัยอยู่กับครอบครัว n(%)	93(28.7)	182(33.2)	275(31.5)	46(27.5)	125(33.6)	171(31.7)
ระดับการศึกษาสูงสุด n(%)						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	76(23.5)	123(22.4)	199(22.8)	45(26.9)	81(21.8)	126(23.4)
ปริญญาตรี	221(68.2)	390(71.0)	611(70.0)	111(66.5)	260(69.9)	371(68.8)
สูงกว่าปริญญาตรี	27(8.3)	36(6.6)	63(7.2)	11(6.6)	31(8.3)	42(7.8)
มีรายได้เพียงพอ n(%)	189(58.3)	326(59.4)	515(59.0)	97(58.1)	211(56.7)	308(57.1)

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของประชากรที่เข้าร่วมการศึกษามีการเก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ช่วงเวลา โดยแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม cohort และ non cohort ward รวม 1,412 ราย พบประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 32.4-32.7 ปี ตำแหน่งพยาบาล อายุการทำงานเฉลี่ย 10.5 – 11.0 ปี และมีรายได้เพียงพอ

ช่วงเวลา		Cohort และ non cohort ward	Cohort ward	Non cohort ward	*p* value
ช่วงเวลาที่ 1	n/mean±SD	n=873/13.2±7.0	n=324/11.8±6.6	n=549/13.9±7.2	.001
(n=873)	SAVE9 >14	363(41.6%)	111(34.3%)	252(45.9%)	
ช่วงเวลาที่ 2	n/mean±SD	n=539/13.1±7.5	n=167/12.5±7.4	n=372/13.4±7.6	.15
(n=539)	SAVE9 >14	208(38.6%)	57(34.1%)	151(40.6%)	
p value		.27	.98	.11	

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับความวิตกกังวลของประชากรระหว่างกลุ่ม cohort ward และ non cohort ward ในช่วงเวลาที่ 1 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .001) โดยคะแนนความวิตกกังวล cohort ward เท่ากับ 11.8+6.6 และ non cohort ward เท่ากับ 13.9+7.2 ตามลำดับ

ปัจจัย		ช่วงเวลาที่ 1				ช่วงเวลาที่ 2			
		SAVE-9 > 14 (n=363)	SAVE-9 ≤ 14 (n=510)	*p* value	OR (95% CI)	SAVE-9 > 14 (n=208)	SAVE-9 ≤ 14 (n=331)	*p* value	OR (95% CI)
Ward	cohort	111(30.6%)	213(41.8%)	.001	1.0	57(27.4%)	110(33.2%)	.154	1.0
	non cohort	252(69.4%)	297(58.2%)		1.63(1.23-2.16)	151(72.6%)	221(66.8%)		1.32(0.90-1.93)
เพศ	หญิง	344(94.8%)	486(95.3%)	.722	0.89(0.48-1.66)	196(94.2%)	316(95.5%)	.521	0.77(0.36-1.69)
	ชาย	19(5.2%)	24(4.7%)		1.0	12(5.8%)	15(4.5%)		1.0
อายุ (ปี)	< 35 ปี	273 (75%)	313(61.4%)	<.001	1.90(1.42-2.57)	154(74.0%)	189(57.1%)	<.001	2.14(1.47-3.13)
	≥ 35 ปี	90(24.8%)	197(38.6%)		1.0	54(26.0%)	142(42.9%)		1.0
สถานภาพสมรส	โสด	288(79.3%)	376(73.7%)	.155	1.0	160(76.9%)	249(75.2%)	.504	1.0
	คู่/สมรส	69(19.0%)	122(23.9%)		0.74(0.53-1.03)	45(21.6%)	72(21.8%)		0.97(0.64-1.48)
	หย่าร้าง+หม้าย	6(1.7%)	12(2.4%)		0.65(0.24-1.76)	3(1.4%)	10(3.0%)		0.47(0.13-1.72)
ที่อยู่อาศัย	อยู่กับครอบครัว	104(28.7%)	171(33.5%)	.126	1.0	67(32.2%)	104(31.4%)	.848	1.0
	ไม่ได้อยู่กับครอบครัว	259(71.3%)	339(66.5%)		1.26(0.94-1.68)	141(67.8%)	227(68.6%)		0.96(0.67-1.40)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	98(27.0%)	101(19.8%)	.011	1.81(1.01-3.26)	63(30.3%)	63(19.0%)	.001	3.20(1.45-7.06)
	ปริญญาตรี	243(66.9%)	368(72.2%)		1.23(0.72-2.12)	135(64.9%)	236(71.3%)		1.83(0.87-3.84)
	สูงกว่าปริญญาตรี	22(6.1%)	41(8.0%)		1.0	10(4.8%)	32(9.7%)		1.0
ตำแหน่ง	พยาบาล	239(65.8%)	364(71.4%)	.081	1.00	130(62.5%)	244(73.4%)	.006	1.00
	ผู้ช่วยพยาบาล	124(34.2%)	146(28.6%)		1.29(0.97-1.73)	78(37.5%)	87(36.3%)		1.68(1.16-2.44)
อายุการทำงาน(ปี)	median(IQR)	7(2,13)	8(3,19)	<.001	0.97(0.95-0.98)	6(2,13)	10(4,20)	<.001	0.96(0.94-0.98)
	< 13 ปี	268(73.8%)	310(60.8%)	<.001	1.82(1.36-2.44)	154(74.0%)	187(56.5%)	<.001	2.20(1.50-3.21)
	≥ 13 ปี	95(26.2%)	200(39.2%)		1.00	54(26.0%)	144(43.5%)		1.00
ความพอเพียงของรายได้	พอเพียง	182(50.1%)	333(65.3%)		1.00	83(39.9%)	225(68.0%		1.00
	ไม่พอเพียง	181(49.9%)	177(34.7%)	<.001	1.87(1.42-2.46)	125(60.1%)	106(32.0%)	<.001	3.20(2.23-4.59)

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติช่วงเวลาที่ 1 ได้แก่ ลักษณะหอผู้ป่วย อายุ ระดับการศึกษา อายุการทำงาน และความพอเพียงของรายได้ ช่วงเวลาที่ 2 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง อายุการทำงาน และความพอเพียงของรายได้

ตารางที่ 4 สรุปปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในประชากรที่ศึกษา 2 ช่วงเวลา จากการวิเคราะห์ด้วย Stepwise multivariable binary logistic regression analysis

ช่วงเวลาที่	ปัจจัย	Wald	p-value	Odds ratio (95% CI)
1	Non cohort ward	9.735	0.002	1.59(1.19-2.13)
	อายุ (ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี)	14.789	<0.001	0.97(0.96-0.99)
	ไม่พอเพียงของรายได้	14.004	<0.001	1.72(1.29-2.28)
2	อายุ (ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี)	13.581	<0.001	0.96(0.94-0.98)
	ไม่พอเพียงของรายได้	33.030	<0.001	2.93(2.03-4.23)

จากตารางที่ 4 เมื่อนำปัจจัย ที่มีผลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 ช่วงเวลาจากตารางที่ 3 มาวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยใช้ Stepwise multivariable binary logistic regression analysis พบว่า ช่วงเวลาที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ได้แก่ ลักษณะหอผู้ป่วย (p-value = .002) อายุ (p-value< .001) ความพอเพียงของรายได้ (p-value< .001) และช่วงเวลาที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ได้แก่ อายุ (p-value < .001) ความพอเพียงของรายได้ (p-value< .001)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลใน cohort และ non cohort ward ช่วงเวลาที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง non cohort ward มีระดับความวิตกกังวลมากกว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่ม non cohort ward มีการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ตรวจพบการติดเชื้อโควิด 19 ภายหลังพักรักษาในหอผู้ป่วย ร่วมกับไม่มีห้องแยกแรงดันลบและ hepa filter ชุด PPE มีจำกัด บุคลากรขาดประสบการณ์และทักษะในการใส่และถอดชุด PPE ซึ่งมีการศึกษาพบว่าบุคลากรที่ไม่สามารถเข้าถึงชุด PPE มีความวิตกกังวลมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .02)[8] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของพยาบาลทางตะวันตกเฉียงเหนือของจีนในช่วงการระบาดของโควิด 19 พบว่าพยาบาลใน cohort ward มีความวิตกกังวลมากกว่า (p-value = .001)[9] เนื่องจากเป็นประเทศที่เริ่มมีการระบาดของเชื้ออุบัติใหม่ และแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยโควิด 19 มีแนวโน้มวิตกกังวลเนื่องจากมีการสัมผัสกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสติดเชื้อโควิด 19 สูงกว่าเมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยอื่นๆ[10] ในช่วงเวลาที่ 2 พบว่ากลุ่ม cohort และ non cohort ward มีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีการปรับนโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น เช่น ผู้ป่วยต้องมีผลยืนยันโควิด 19 แบบ PCR ไม่พบการติดเชื้อภายใน 72 ชั่วโมง มีการตรวจคัดกรองก่อนเข้าเยี่ยม จัดหาอุปกรณ์ จัดการอบรมการป้องกันการติดเชื้อ ฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโควิด 19 การทำความสะอาดสถานที่หลังมีการสัมผัสผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้บุคลากรเกิดความมั่นใจรู้สึกปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าความชุกของความวิตกกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ เมื่อโรงพยาบาลมีการบริหารจัดการที่ดี มีการฝึก อบรมการใช้ PPE มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อ และฉีดวัคซีนที่เพียงพอ[11] แต่การมีมาตรการการฆ่าเชื้อโรคที่ไม่เพียงพอทำให้บุคลากรเกิดความวิตกกังวล (p-value = .001)[5] จากการศึกษาการบริหารจัดการทางการพยาบาลในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 โรงพยาบาลสมุทรปราการพบว่า การจัดอัตรากำลังและความพร้อมของบุคลากร การจัดการสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการให้บริการ การนำหลักบริหารมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน และการจัดสิ่งตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่บุคลากร ส่งผลให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย[12]

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่ม หอผู้ป่วย โดยใช้ Stepwise multivariable binary logistic regression analysis ในช่วงเวลาที่ 1 ได้แก่ ลักษณะหอผู้ป่วย อายุน้อยกว่า 35 ปี และความไม่เพียงพอของรายได้ และช่วงเวลาที่ 2 ได้แก่ อายุน้อยกว่า 35 ปี และความไม่เพียงพอของรายได้

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี อายุมากกว่า 30-45 ปีมีความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ที่ p-value = .004 และ p-value = .03 ตามลำดับ[5] เนื่องจากบุคลากรที่มีอายุน้อยมักขาดประสบการณ์ในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและแรงกดดันทางจิตใจเพิ่มขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษาที่พบว่า บุคลากรที่มีอายุ 30-39 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (AOR, 3.05 : 95%CI (1.70-5.47) และ AOR, 11.32 : 95%CI (3.37-37.98)) ตามลำดับ[8] และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอายุมากกว่า มีความวิตกกังวลมากกว่าพยาบาล ที่มีอายุน้อยกว่า (p-value< .05)[4] ความไม่พอเพียงของรายได้ มีผลต่อความวิตกกังวลต่อบุคลากรใน 2 ช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการติดเชื้อโควิด 19 ทำให้ถูกกักตัว ไม่สามารถทำงานได้ปกติ ซึ่งมีผลการศึกษาพบว่ารายได้ต่ำมีผลต่อความวิตกกังกลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 ช่วงเวลาคือ ช่วง 1 เดือนแรกและ 1 ปีของการระบาดโควิด 19 โดยมีค่า p-value= .028 และ p-value< .001 ตามลำดับ[13]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การศึกษาระดับและปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ในสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ที่รุนแรง ในช่วงที่กำหนดทำให้ไม่ทราบความชุกความวิตกกังวลในกลุ่มประชากร และในขณะเก็บข้อมูลสถานการณ์ระบาดโควิด 19 สามารถควบคุมได้มากขึ้น จึงกำหนดให้ประชากร cohort ward และ non cohort wardในช่วงเวลาที่ 1 นึกถึงสถานการณ์ย้อนหลังช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 อย่างรุนแรง

2. เครื่องมือ SAVE-9 ยังไม่มีรายงานจุดตัดคะแนนในปัจจุบัน ในการศึกษานี้มีการนำคะแนนในหัวข้อ Anxiety ของ DASS-21 มาเทียบกับ SAVE-9 และหาค่า sensitivity และ specificity ที่มีค่าสูงสุดซึ่งเท่ากับคะแนนของ SAVE-9 มากกว่า 14 คะแนน (cut off point) แสดงว่าเริ่มมีความวิตกกังวล

3. จากผลการศึกษาทำให้ทราบระดับและปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ในสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ที่รุนแรง อาจเป็นข้อมูลในการจัดนโยบายและดูแลบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อความวิตกกังวลในสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มเติม เนื่องจากอาจส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลได้

2. กำหนดการศึกษา โดยให้ตอบถึงความรู้สึกในปัจจุบันเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดในแต่ละช่วงเวลาที่ต้องการศึกษา เนื่องจากการให้นึกถึงย้อนหลังอาจมีความคลาดเคลื่อนต่อระดับความวิตกกังวลได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาทุนโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่อนุมัติทุนสนับสนุนงานวิจัย

ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์ ที่พิจารณาความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานวิจัยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณคุณสุทธิพล อุดมพันธุรัก อ.พญ.จุฑาวดี หล่อตระกูล รศ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ คุณลดาวัลย์ คุ้มภิญโญบุญ คุณธิติมา กนกปราน คุณกัญญารัตน์ ทะริยะ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้การช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

References

1. Jampawal T. State Anxiety. Journal of Buddhist Psychology. 2018;3(1):13-20. (in Thai)
2. Mohamadzadeh Tabrizi Z, & Mohammadzadeh F, Davarinia Motlagh Quchan A, Bahri N. COVID-19 anxiety and quality of life among Iranian nurses. Biomedcentral Nursing. 2022;21(1):27.
3. Fernandez R, Sikhosana N, Green H, Halcomb EJ, Middleton R, Alananzeh I, et al. Anxiety And depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic umbrella review of the global evidence. British Medical Journal Open. 2021;11(9):1-9.
4. Li R, Chen Y, Lv J, Liu L, Zong S, Li H, et al. Anxiety and related factors in frontline clinical nurses fighting COVID-19 in Wuhan. Medicine (Baltimore). 2020;99(30):1-5.

5. Xing L-Q, Xu M-L, Sun J, Wang Q-X, Ge D-D, Jiang M-M, et al. Anxiety and depression in frontline health care workers during the outbreak of Covid-19. International Journal of Social Psychiatry. 2021;67(6):656-63.
6. Sangsirilak A , & Sangsirilak S. Stress and Depressed Mood in Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2020;65(4):401-8. (in Thai)
7. Labrague LJ, & De Los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. Journal of Nursing Management. 2020;28(7):1653-61.
8. Kibret S, Teshome D, Fenta E, Hunie M, & Tamire T. Prevalence of anxiety towards COVID-19 and its associated factors among healthcare workers in a Hospital of Ethiopia. PLOS ONE. 2020;15(12):1-10.
9. Han L, Wong FKY, She DLM, Li SY, Yang YF, Jiang MY, et al. Anxiety and Depression of Nurses in a North West Province in China During the Period of Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak. Journal of Nursing Scholarship. 2020; 52(5):564-73.
10. Nadeem F, Sadiq A, Raziq A, Iqbal Q, Haider S, Saleem F, et al. Depression, Anxiety, and Stress Among Nurses During the COVID-19 Wave III: Results of a Cross-Sectional Assessment. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2021; 14:3093-101.
11. Sakr CJ, Rahme D, Fakih L, Assaf SA, Redlich CA, Slade MD, et al. Anxiety Among Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Lebanon: The Importance of the Work Environment and Personal Resilience. Psychology Research and Behavior Management. 2022;15:811-21.
12. Oumtanee A, Pornmesri A, Chintapanyakun T, & Raimaturapong J. Nursing Management during the COVID-19 Pandemic at Samutprakarn Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2023;24(1):249-58. (in Thai)
13. Yassin A, Al-Mistarehi AH, El-Salem K, Karasneh RA, Al-Azzam S, Qarqash AA, et al. Prevalence Estimates and Risk Factors of Anxiety among Healthcare Workers in Jordan over One Year of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. International Journal of Environtmental Research and Public Health. 2022;19(5):1-20

ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารบก

21st Century Skills of Professional Nurses of Difference Generations at Tertiary Hospitals under The Royal Thai Army Medical Department

สิรดา เหลาเสนา* ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์
Sirada Laosena* Phattharamanat Pongrangsarn
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย 65000
Faculty of Nursing Naresuan University, Phitsanulok, Thailand, 65000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับของทักษะในศตวรรษที่ 21 และเปรียบเทียบทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรุ่นอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารบก จำนวน 261 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามทักษะในศตวรรษที่ 21 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ Cronbach โดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยเทคนิคเชฟเฟ่ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุมีทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.41) แบ่งตามรุ่นอายุ พบว่า เจเนอเรชั่นเอ็กซ์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.18, S.D. = 0.33) รองลงมาคือเจเนอเรชั่นซี ($\bar{X}$ = 4.16, S.D. = 0.36) และเจเนอเรชั่นวาย ($\bar{X}$ = 4.02, S.D. = 0.43) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.46, S.D. = 0.52) และน้อยที่สุดคือ ทักษะการเขียนอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.71, S.D. = 0.55) พยาบาลวิชาชีพที่มีรุ่นอายุต่างกันมีทักษะในศตวรรษที่ 21 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (F = 4.034) ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนาทักษะความรู้การมอบหมายงานให้สอดคล้องกับทักษะความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีทักษะความรู้ที่สามารถปฏิบัติงานได้ดีในยุคศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ: ทักษะในศตวรรษที่ 21, พยาบาลวิชาชีพ, รุ่นอายุ, ความหลากหลาย

Abstract

This cross-sectional survey research aims to study the level of 21st century skills and compare the 21st century skills of professional nurses by age group. The sample group were 261 professional nurses of different age groups working in tertiary hospitals under the Royal Thai Army Medical Department. The instrument was the 21st Century Skills Questionnaire. The overall Cronbach's alpha coefficient was 0.97. The statistics were frequency, percentage, mean, standard deviation and One-Way ANOVA and Scheffe's method. The results found that Professional nurses of different ages have overall 21st century skills at a good level ($\bar{X}$ = 4.08,

Corresponding Author: *Email: Siradalaosena@gmail.com
*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับ (received) 17 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accept) 3 ส.ค. 2567

S.D. = 0.41). Classified by age group, the highest average was Generation X ($\overline{X}$ = 4.18, S.D. = 0.33), Generation Z ($\overline{X}$ = 4.16, S.D. = 0.36) and Generation Y ($\overline{X}$ = 4.02, S.D. = 0.43), respectively. The highest mean was that Cross–cultural Understanding skills at a very good level ($\overline{X}$ = 4.46, S.D. = 0.52). The lowest average is that Writing skills at a good level ($\overline{X}$ = 3.71, S.D. = 0.55). Professional nurses of different age groups have significantly different skills in the 21st century at .05 (F = 4.034). The results of this research provide basic information for nursing administrators to apply the research results as a guideline for planning the development of skills, knowledge and work assignments in line with the aptitude and skills of professional nurses. To provide professional nurses with the skills and knowledge to perform well in the 21st century.

Keywords: 21st Century Skills, Professional Nurses, Generations, Diversity

บทนำ

โลกศตวรรษที่ 21 เทคโนโลยีเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทางธุรกิจ การแพทย์ การศึกษา เข้าสู่สังคมความรู้ เรียนรู้ได้จากหลากหลายแหล่งอย่างรวดเร็ว ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) แตกต่างจากศตวรรษที่ 20 ทักษะในศตวรรษที่ 21 จึงเป็นความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการมีทักษะความรู้ที่มีความจำเป็น มีความพร้อมเรียนรู้ปรับตัวในศตวรรษที่ 21 โดยแนวคิดดังกล่าวถูกพัฒนาโดยองค์กรเครือข่ายความร่วมมือเพื่อทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 สหรัฐอเมริกา โดย[1] ได้ทำการสรุป 3Rs7Cs ประกอบด้วย การอ่าน การเขียน การคิดเลข ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศและการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้ เพื่อทำให้บุคคลมีความพร้อมเพื่อการเรียนรู้ ทำงาน สื่อสาร รู้จักคิด ร่วมมือทำงาน แก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างรวดเร็วในศตวรรษที่ 21[2] โดยประเทศไทยในปี 2553 แนวคิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เริ่มได้รับการเผยแพร่ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนา การพัฒนาคนให้มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21[3] ร่วมกับการเข้าสู่ประเทศไทย 4.0 ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โรคอุบัติใหม่ เป็นต้น[4] ประชาชนรักษาสุขภาพมากขึ้นเน้นการป้องกันโรค มีการลงทุนด้านวิจัยพัฒนาด้านเทคโนโลยีทุกด้าน[5] โดยสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่เพิ่มมาของพยาบาลวิชาชีพไทย คือ การดูแลแบบทางเลือกแบบผสมผสาน การใช้ภาษาต่างประเทศเป็นภาษาที่สอง ความเข้าใจความหลากหลายทางวัฒนธรรม และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ[6] นอกจากนี้สภาการพยาบาลยังได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ให้ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21[7] การดูแลรักษาพยาบาลจึงต้องอาศัยทีมทางสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น

วิชาชีพพยาบาลทำงานดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลสำคัญต่อความอยู่รอดขององค์การ โดยเฉพาะในศตวรรษที่ 21 จากการทบทวนวรรณกรรม มีการรายงานปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทักษะในศตวรรษที่ 21 ในพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ทักษะการเขียนพบว่าการประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ และต้องการพัฒนาศักยภาพการเขียนโดยผู้เชี่ยวชาญ[7] ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อและทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณพบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม[8] และทักษะอาชีพยังพบว่ามีอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยา 5R[9] ซึ่งการที่ได้รับการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 จะส่งเสริมความก้าวหน้าและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และด้วยความแตกต่างของช่วงเวลา บางส่วนเช่น เจเนอเรชั่นซีได้รับการศึกษาในหลักสูตร บางส่วนอาจจะไม่ได้รับการพัฒนา อาจเกิดทักษะได้โดยบังเอิญจากชีวิตประจำวันและบางส่วนยังไม่มีการศึกษา ซึ่งในปัจจุบันแต่ละโรงพยาบาลมีพยาบาลที่มีความแตกต่างกันของรุ่นอายุ (Generation) สาเหตุมาจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน แบ่งช่วงอายุตามปีเกิด[10] ได้แก่ เจเนอเรชั่นเอ็กซ์ เกิดปี พ.ศ. 2506-2520 เจเนอเรชั่นวายเกิด

ปี พ.ศ. 2521-2538 และเจเนอเรชั่นซี เกิดปี พ.ศ. 2539-2553 แต่ละรุ่นอายุจะมีทักษะที่แตกต่างกัน เช่น เจเนอเรชั่นเอ็กซ์ พึ่งพาความสามารถตัวเองสูงแต่มักจะรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาตนเอง ส่วนเจเนอเรชั่นวายชอบการทำงานเป็นทีม ปรับตัวและใช้เทคโนโลยีแก้ปัญหาได้ดี และเจเนอเรชั่นซีเรียนรู้ค่อนข้างไวแต่มีการสื่อสารระหว่างบุคคลค่อนข้างต่ำ ชอบการสื่อสารที่สั้นกระชับตอบสนองทันที[11,12] จะเห็นได้ว่าความแตกต่างดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความต้องการของบุคลากรในแต่ละช่วงอายุแตกต่างกัน การสื่อสารความต้องการที่ไม่ตรงกันและลักษณะการทำงานที่ต่างกัน อาจส่งผลให้การปฏิบัติงานขาดประสิทธิภาพ ในการที่จะพัฒนาความรู้จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงรุ่นอายุที่ต่างกัน เพื่อให้สามารถวางแผนพัฒนาได้ถูกต้องและเหมาะสม

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารบก เป็นโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ สังกัดกระทรวงกลาโหม มีศูนย์การแพทย์เฉพาะทางระดับตติยภูมิชั้นสูง เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักเรียนแพทย์ทหาร นักเรียนพยาบาล และสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม[13] ซึ่งกองการพยาบาลมีสมรรถนะหลักที่เน้นให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซับซ้อนโดยทีมพยาบาล สนับสนุนการผลิตพยาบาลเฉพาะทาง ให้บริการทั้งประชาชนและทหาร โดยอัตรากำลังพยาบาลแบ่งตามเจเนอเรชั่น ได้แก่ เจเนอเรชั่นเอ็กซ์ร้อยละ 12.31 เจเนอเรชั่นวายร้อยละ 57.78 และเจเนอเรชั่นซีร้อยละ 29.90[14] พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นที่จะต้องมีทักษะก้าวทันต่อความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัล จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลในประเทศไทย ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมทักษะดังกล่าวให้ครอบคลุมบุคลากรในองค์กรพยาบาล จึงทำการศึกษาเพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการวางแผนพัฒนาทักษะความรู้ มอบหมายงานให้สอดคล้องกับทักษะความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีทักษะความรู้ที่สามารถปฏิบัติงานได้ดีในยุคศตวรรษที่ 21

วัตถุประสงค์การวิจัย

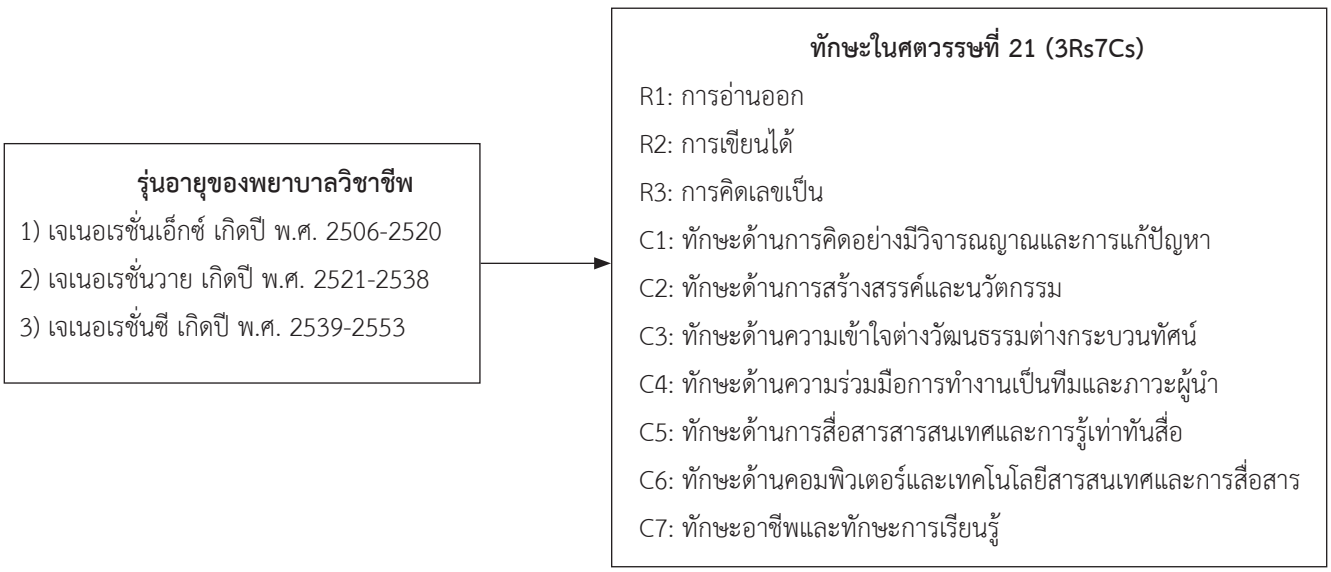
1. เพื่อศึกษาทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารบก
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรุ่นอายุ ได้แก่ เจเนอเรชั่นเอ็กซ์, เจเนอเรชั่นวาย และเจเนอเรชั่นซี

สมมติฐาน

พยาบาลวิชาชีพที่มีรุ่นอายุต่างกันมีทักษะในศตวรรษที่ 21 แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา คือ 1. พยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุ[10] ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นเอ็กซ์ 2) พยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวาย และ3) พยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นซี และ 2. ทักษะในศตวรรษที่ 21[1] (3Rs7Cs)



วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน 1 ปี ขึ้นไป อายุไม่เกิน 59 ปี เกิดพ.ศ. 2506 ไม่ได้ปฏิบัติงานแผนกส่วนบังคับบัญชา โรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารบก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power[15] ค่า effect size = .25 (medium), α = .05, power = .95 และNumber of groups = 3 ได้ 252 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10[16] เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมเป็น 277 คน โดยมี 1. เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ประสบการณ์ 1 ปีขึ้นไป 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และ 2. เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานแผนกสำนักงานผู้บังคับบัญชาและอยู่ในการลาประเภทต่างๆ จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ดังนี้ 1) คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรแต่ละแผนก 2) คำนวณแต่ละรุ่นอายุตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ และ 3) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ม.นเรศวร วันที่ 3 ก.ค. 2566 IRB No. P2-0126/2566 COA No. 225/2023 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กรมแพทย์ทหารบก วันที่ 25 ก.ย. 2566 IRBRTA 1193/2566 รหัสโครงการ Q014q/66 Exp โดยนำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิและเข้าพบผู้อำนวยการกองการพยาบาล โดยนำเอกสารชี้แจงข้อมูล หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์ ประสานกับผู้ประสานงานวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ–นามสกุล และรายงานผลในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล 6ข้อ ได้แก่ เพศ ปีพ.ศ.ที่เกิด ระดับการศึกษา แผนกพยาบาล ระยะเวลาปฏิบัติงาน และทักษะที่เคยได้รับการอบรม และส่วนที่ 2 ทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยประยุกต์จากแบบสอบถามทักษะในศตวรรษที่ 21[17] จำนวน 51 ข้อ และสร้างขึ้นจากการทบทวนตามแนวคิด[1] จำนวน 15 ข้อ รวมเป็น 72 ข้อ แบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ตามหลักการของลิเคิร์ท เลือกตอบได้ 5 ระดับ คือ ดีมากและต่ำมากหรือไม่มีเลย จากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ข้อที่มีค่า IOC 0.67-1.00 จำนวน 68 ข้อ แสดงว่ามีความถูกต้องเหมาะสมนำไปใช้ได้ ข้อที่มีค่า IOC 0.33 จำนวน 4 ข้อ นำไปปรับแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ Cronbach โดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 และรายด้าน อยู่ในช่วง 0.81-0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเชิญชวนด้วยการส่งโปสเตอร์ผ่านช่องทางไลน์แต่ละแผนกพยาบาล บรรจุเอกสารไว้ในซองเอกสารสีน้ำตาลและแจกผ่านผู้ประสานงานวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลวันที่ 23 ต.ค-10 พ.ย.2566 ได้รับแบบสอบถามกลับมา 261 ฉบับ จาก 277 ฉบับ (94.22%)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระดับทักษะในศตวรรษที่ 21 วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบทักษะในศตวรรษที่ 21 จำแนกตามรุ่นอายุโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยเทคนิคเชฟเฟ่ เนื่องจากสามารถใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเท่ากันหรือไม่เท่ากันได้ โดยแปลผลคะแนนดังนี้ 4.21–5.00 หมายถึง ดีมาก, 3.41–4.20 หมายถึงดี, 2.61–3.40 หมายถึง ปานกลาง, 1.81–2.60 หมายถึง ต่ำ และ1.00–1.80 หมายถึง ต่ำมากหรือไม่มีเลย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 255 คน (97.70%) เป็นพยาบาลวิชาชีพ เจเนอเรชั่นวาย จำนวน 154 คน (59.00%) ปฏิบัติงานแผนกพยาบาลอายุรกรรมมากที่สุด จำนวน 56 คน (21.50%) ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยแบ่งตามรุ่นอายุ พบว่า เจเนอเรชั่นเอ็กซ์เฉลี่ย 27.76 ปี (S.D. = 3.57) เจเนอเรชั่นวายเฉลี่ย 11.05 ปี (S.D. = 5.17) และเจเนอเรชั่นซีเฉลี่ย 2.24 ปี (S.D. = 1.21)

2. ทักษะที่เคยได้รับการอบรม 5 ปีที่ผ่านมาโดยรวมสูงที่สุด คือด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ จำนวน 106 คน (41.40%) ด้านที่ต่ำที่สุด คือด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ จำนวน 22 คน (8.59%)

ตาราง 1 ระดับของทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพ ภาพรวมและจำแนกตามรุ่นอายุ (n = 261)

ทักษะในศตวรรษที่ 21	เจเนอเรชั่นเอ็กซ์ (n = 25)	เจเนอเรชั่นวาย (n = 154)	เจเนอเรชั่นซี (n = 82)	รวม
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)
1) ทักษะการอ่าน	3.83 (0.48) ดี	3.81 (0.53) ดี	3.87 (0.42) ดี	3.83 (0.49) ดี
2) ทักษะการเขียน	3.73 (0.52) ดีมาก	3.66 (0.56) ดี	3.80 (0.53) ดี	3.71 (0.55) ดี
3) ทักษะการคิดเลข	4.31 (0.51) ดีมาก	3.99 (0.55) ดี	4.04 (0.59) ดี	4.04 (0.57) ดี
4) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา	4.30 (0.36) ดีมาก	3.99 (0.55) ดี	3.93 (0.56) ดี	4.00 (0.55) ดี
5) ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม	4.22 (0.39) ดีมาก	3.87 (0.52) ดี	3.95 (0.50) ดี	3.93 (0.51) ดี
6) ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์	4.63 (0.37) ดีมาก	4.34 (0.55) ดีมาก	4.64 (0.42) ดีมาก	4.46 (0.52)ดีมาก
7) ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ	4.50 (0.34) ดีมาก	4.25 (0.49) ดีมาก	4.35 (0.41) ดีมาก	4.31 (0.46) ดีมาก
8) ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ	4.06 (0.41) ดี	4.02 (0.48) ดี	4.15 (0.45) ดี	4.06 (0.47) ดี
9) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร	3.95 (0.54) ดี	4.10 (0.62) ดี	4.50 (0.48) ดีมาก	4.21 (0.60) ดีมาก
10) ทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้	4.26 (0.43) ดีมาก	4.20 (0.49) ดี	4.40 (0.43) ดีมาก	4.27 (0.47) ดีมาก
รวม	4.18 (0.33) ดี	4.02 (0.43) ดี	4.16 (0.63) ดี	4.08 (0.41) ดี

จากตาราง 1 พบว่า ระดับของทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพ ภาพรวมและจำแนกตามรุ่นอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.41)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบระดับของทักษะในศตวรรษที่ 21ของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรุ่นอายุ (n = 261)

	SS	df	MS	F	Sig
Between Groups	1.315	2	0.657	4.034*	0.019*
Within Groups	42.045	258	0.163		
Total	43.360	260			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีรุ่นอายุต่างกันมีทักษะในศตวรรษที่ 21 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (F = 4.034) อย่างน้อย 1 คู่

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยเทคนิค Scheffe' จำแนกโดยรวมและรายด้าน

ทักษะในศตวรรษที่ 21	รุ่นอายุของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม	$\bar{X}$	รุ่นอายุของพยาบาลวิชาชีพ		
			เจเนอเรชั่นเอ็กซ์	เจเนอเรชั่นวาย	เจเนอเรชั่นซี
ทักษะการคิดเลข	เจเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.31	-	0.314*	0.263
	เจเนอเรชั่นวาย	3.99	-	-	-0.050
	เจเนอเรชั่นซี	4.04	-	-	-
ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	เจเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.30	-	0.307*	0.369*
และการแก้ปัญหา	เจเนอเรชั่นวาย	3.99	-	-	-0.050
	เจเนอเรชั่นซี	3.93	-	-	-
ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม	เจเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.22	-	0.348*	0.274
	เจเนอเรชั่นวาย	3.87	-	-	-0.073
	เจเนอเรชั่นซี	3.94	-	-	-
ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรม	เจเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.63	-	0.286*	-0.170
ต่างกระบวนทัศน์	เจเนอเรชั่นวาย	4.34	-	-	-0.304*
	เจเนอเรชั่นซี	4.64	-	-	-
ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีม	เจเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.50	-	0.250*	0.146
และภาวะผู้นำ	เจเนอเรชั่นวาย	4.25	-	-	-0.104
	เจเนอเรชั่นซี	4.35	-	-	-
ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ	เจเนอเรชั่นเอ็กซ์	3.95	-	-0.152	-0.549*
และการสื่อสาร	เจเนอเรชั่นวาย	4.10	-	-	-0.397*
	เจเนอเรชั่นซี	4.50	-	-	-
ทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้	เจเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.26	-	0.062	-0.137
	เจเนอเรชั่นวาย	4.20	-	-	-0.200*
	เจเนอเรชั่นซี	4.40	-	-	-
โดยรวม	เจเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.18	-	0.156	0.010
	เจเนอเรชั่นวาย	4.02	-	-	-0.140*
	เจเนอเรชั่นซี	4.16	-	-	-

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวาย แตกต่างกับพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นซี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุมีทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยรวมอยู่ในระดับดีทั้ง 3 รุ่นอายุ อาจเป็นเพราะพยาบาลบางส่วนได้เรียนรู้จากในหลักสูตรซึ่งแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560–2579 ระบุไว้ว่าผู้สำเร็จการศึกษาเป็นบุคคลที่มีความรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21[18] สอดคล้องกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิชาศึกษาทั่วไปควรส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21[7] และพยาบาลบางส่วนซึ่งอยู่ในระบบมาก่อนได้รับการอบรมระหว่างการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า 5 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการอบรมทักษะในศตวรรษที่ 21 ทุกด้านในทุกรุ่นอายุ สอดคล้องกับ

สมรรถนะหลักของโรงพยาบาลซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนากำลังพลประกอบด้วย ความเป็นเอกภาพและการทำงานเป็นทีม การเรียนรู้พัฒนาตนเองและผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและแสดงออกถึงวัฒนธรรมดิจิทัล[19] โดยให้บริการทางการแพทย์ทั้งประชาชนและทหาร ยังเป็นแหล่งฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อวุฒิบัตรแพทย์ แหล่งฝึกปฏิบัตินักเรียนแพทย์ทหาร นักเรียนพยาบาล และสนับสนุนการวิจัย[17] ทำให้พยาบาลทุกรุ่นอายุที่ปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาทักษะทางอาชีพและทักษะในศตวรรษที่ 21 ให้สอดคล้องกับบริการหลักขององค์กร และการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีทักษะโดยรวมอยู่ในระดับดี

2. พยาบาลวิชาชีพที่มีรุ่นอายุต่างกันมีทักษะในศตวรรษที่ 21 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 4.034, P = .019) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะได้รับการเลี้ยงดู ค่านิยม หรือการปลูกฝังจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันส่งผลให้ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและวิถีชีวิตมีความแตกต่างกัน[11] เมื่อพิจารณารายคู่พบว่าเจเนอเรชั่นวายและเจเนอเรชั่นซีมีทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และรายด้าน ได้แก่ ด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์, ด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของเจเนอเรชั่นซีมากกว่าเจเนอเรชั่นวายเกือบทุกด้าน ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยด้านนี้โดยตรง ส่วนใหญ่เป็นการเปรียบเทียบระหว่างชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจเนอเรชั่นซีเติบโตมาพร้อมกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยี โทรศัพท์มือถือเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย[10] จึงอาจจะส่งผลให้ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอยู่ในระดับดีมาก และเป็นกลุ่มที่ยอมรับในเรื่องของความแตกต่าง เช่น วัฒนธรรม ศาสนา สีผิว[10] ปรับตัวเข้าได้ดีกับผู้ร่วมงานที่เปิดกว้างทางความคิดและยืดหยุ่นวิธีการทำงาน[20] ซึ่งอาจจะส่งผลให้มีทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์อยู่ในระดับดีมาก ยังสอดคล้องกับลักษณะเด่นของเจเนอเรชั่นซี คือ มีความสามารถที่หลากหลายเรียนรู้ได้รวดเร็วจึงไม่ชอบการรอคอย มั่นใจในตัวตนสูงและแสดงออกชัดเจน[12] จึงอาจทำให้ประเมินการรับรู้ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ถึงอย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่าเจเนอเรชั่นวายมีค่าเฉลี่ยทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาที่สูงกว่า สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory)[21]กล่าวว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์คือกระบวนการสร้างความรู้ทักษะ และเจตคติด้วยการนำเอาประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่ๆ ขึ้น ทั้งนี้เจเนอเรชั่นวายมีระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 11.05 ปี ซึ่งอาจส่งผลทำให้ได้รับการสั่งสมประสบการณ์เดิมจนเกิดการเรียนรู้การใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อแก้ปัญหาจากการปฏิบัติงานพยาบาล จึงอาจทำให้มีทักษะดังกล่าวที่สูงกว่า

3. ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นเอ็กซ์แตกต่างกับเจเนอเรชั่นวายและเจเนอเรชั่นซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าเจเนอเรชั่นเอ็กซ์มีทักษะสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมากทั้งรายด้านและข้อย่อย รองลงมาคือ เจเนอเรชั่นวายและเจเนอเรชั่นซีตามลำดับ อาจเป็นเพราะเจเนอเรชั่นเอ็กซ์มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเฉลี่ย 27.76 ปี สอดคล้องกับ[22] สมรรถนะในระดับผู้เชี่ยวชาญ (expert) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิม 10 ปีขึ้นไป สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และตัดสินใจแก้ปัญหาวิกฤตได้ถูกต้อง ทันเหตุการณ์และสามารถนำมาใช้คาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น สามารถให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติงานและด้านวิชาการแก่พยาบาลรุ่นน้องได้ อาจส่งผลให้เจเนอเรชั่นเอ็กซ์มีความเชี่ยวชาญในการทำงาน ด้วยบางส่วนเริ่มก้าวเข้าสู่บทบาทผู้บริหาร สามารถใช้เหตุผลทางคลินิกให้การพยาบาลที่เหมาะสมและตัดสินใจแก้ปัญหาการปฏิบัติงานให้กับรุ่นน้องได้ จึงอาจทำให้มีทักษะดังกล่าวอยู่ในระดับดีมาก 4. ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ของพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายแตกต่างกับเจเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจเนอเรชั่นซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากทั้ง 3 รุ่นอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิชาชีพพยาบาลใช้ศาสตร์และศิลป์นำมาปฏิบัติด้วยความเอื้ออาทร เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวม สอดคล้องกับบริบทสังคมและความแตกต่างทางวัฒนธรรม สอดคล้องกับงานวิจัย[23] พยาบาลที่มีอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางวัฒนธรรมไม่แตกต่างกัน ส่วนพยาบาลที่ดูแลจำนวนผู้ป่วยต่างชาติได้รับการนิเทศ และการฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ต่างกันมีความฉลาดทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัย[24] พยาบาลส่วนใหญ่ตระหนักถึงทักษะการสื่อสารที่จำเป็น เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การสื่อสารด้วยวาจาและลายลักษณ์อักษร และการแสดงความเห็นอกเห็นใจ

แต่พบว่าน้อยกว่าร้อยละ 50 ไม่ค่อยตระหนักถึงการรับรู้ทางวัฒนธรรม การฟังอย่างกระตือรือร้น และการสื่อสารแบบไม่ใช้คำพูด ถึงแม้ว่าผลการวิจัยพบว่า ร้อยละการอบรมในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับน้อย แต่ด้วยเป็นวิชาชีพที่มีหลักจริยธรรม เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ดูแลโดยไม่เลือกปฏิบัติ จึงอาจทำให้มีทักษะอยู่ในระดับดีมากทั้ง 3 รุ่นอายุ

5. ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นซี แตกต่างกับเจเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจเนอเรชั่นวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าเจเนอเรชั่นซีมีทักษะสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมากทั้งโดยรวมและข้อย่อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจเนอเรชั่นซีเกิดมาพร้อมกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการสื่อสาร โทรศัพท์มือถือเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย รวมทั้งโลกออนไลน์[11] สอดคล้องกับลักษณะเด่นของเจเนอเรชั่นซี[13] ซึ่งมีทักษะการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและการสื่อสารผ่านเทคโนโลยี มีความต้องการในเรื่องของความเป็นอิสระในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัย[25] การสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องบริหารเจเนอเรชั่นซี ในทีมการพยาบาลควรใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย กระชับชัดเจน มีเหตุผลและเป็นรูปธรรม เปิดโอกาสให้ติดต่อสื่อสารได้ตลอดเวลา ลำดับความสำคัญของประเด็นในการสื่อสาร และควรตักเตือนหากใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม จึงอาจทำให้เจเนอเรชั่นซีมีทักษะดังกล่าวอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งจะส่งผลดีในการปฏิบัติงานปัจจุบันที่มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการปฏิบัติงานพยาบาลให้เกิดความสะดวกสบายและรวดเร็วมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้บริหารควรมอบหมายงานให้เหมาะสมกับจุดเด่นของแต่ละรุ่นอายุ โดยให้เจเนอเรชั่นเอ็กซ์เป็นพี่เลี้ยงแก่เจเนอเรชั่นวายและเจเนอเรชั่นซีในการให้คำปรึกษาเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลในการเลือกวิธีแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และมอบหมายให้กับเจเนอเรชั่นซีปฏิบัติงานที่ใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ในการออกแบบสร้างสื่อพิมพ์ สื่อเสียง เพื่อใช้ในงานพยาบาลเผยแพร่ความรู้แก่ผู้รับบริการ

2. ผู้บริหารควรจัดโครงการอบรมทักษะการเข้าถึงการใช้สื่อเสียง สื่ออิเล็กทรอนิกส์ทางการพยาบาล เช่น e-learning, e-journal และ Microsoft office เพิ่มเติมให้แก่เจเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจเนอเรชั่นวาย เพื่อนำมาใช้ในการเรียนรู้และการปฏิบัติงานพยาบาล เพื่อพัฒนางานพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

3. ผู้บริหารควรติดตามประเมินทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ และทักษะอาชีพและการเรียนรู้ของเจเนอเรชั่นซีอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีอายุการทำงาน 2-3 ปี ควรได้รับการประเมินการปรับตัว และการเลือกใช้ภาษาในการสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์โดยการประเมินจากหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมปัจจัยที่มีผลต่อทักษะในศตวรรษที่ 21 หรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในรายทักษะที่ยังไม่อยู่ในระดับดีมาก เช่น ทักษะการอ่าน การเขียน การคิดเลข การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา และทักษะอื่นๆ เพื่อหาแนวทางสนับสนุน พัฒนา และส่งเสริมให้เกิดทักษะในศตวรรษที่ 21

2. ควรมีการศึกษาติดตาม ประเมินพฤติกรรมทักษะในศตวรรษที่ 21 ของพยาบาลวิชาชีพต่างรุ่นอายุอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย เช่น แบบสังเกต แบบวัดพฤติกรรม เป็นต้น

References

1. Trilling B. & Fadel C. 21st Century Skills: Learning for Life in Our Times. San Francisco CA: Jossey-Bass; 2009.
2. Panich V. Ways of creating learning for students in the 21st century.2nd ed. Bangkok: Sodsri Saritwong Foundation; 2012. (in Thai)
3. Office of the National Economic and Social Development Council. National Strategy for 20 years (2018-2037). 2nd ed. Bangkok: National Strategy Secretariat Office, Office of the National Economic and Social Development Board; 2019. (in Thai)
4. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036). Nonthaburi: Ministry of public health. 2016. (in Thai)

5. Klunklin A. & Uppor W. Professional nurses and entrepreneurship in the 21st century. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2021; 3(1): 8-18. (in Thai)
6. Somsap Y. & Varee A. Thai Nurse Brand in 21st Century: Challenges for Nursing Profession. Journal of Research in Nursing – Midwifery and Health Sciences. 2019;39(3):169-78. (in Thai)
7. Pulperm P., Meethien N. & Wongpiriyayothar A. Problems and Needs of Nursing Documentation in Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University. Mahasarakham Hospital Journal. 2022; 19(2): 88-99. (in Thai)
8. Chobthakit S. Things that nurses need to know: legal and occupational issues. Professional nurses'use of online media. In: Laungamornlerd S, editors. Thailand Nursing and Midwifery Council Newsletter. 2023; 25(1): 3-4. (in Thai)
9. Chobthakit S. Things that nurses need to know: Legal and occupational issues. The nurse gave the injection to the wrong patient. In: Laungamornlerd S, editors. Thailand Nursing and Midwifery Council Newsletter. 2022; 24(3): 3. (in Thai)
10. Gray R., Pattaravanich U., Lucktong A. & Sangkla K. Quality of life among employed population by generations. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2016. (in Thai)
11. Chupan S. Generation Y Professional Nurses: A Challenge for Nursing Administrators. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018; 28(Suppl 1):1-12. (in Thai)
12. Taiwong A. & Chitpakdee B. Generation Z professional nurses in the Thai health system: Challenging strategies in nursing management. Royal Thai Navy Medical Journal. 2021; 48(1): 199-209. (in Thai)
13. Nursing Department Phramongkutklao Hospital. Orientation manual for new nurses 2020. Bangkok: Nursing Department; 2020. (in Thai)
14. Personnel Department Nursing Division, Phramongkutklao Hospital. "Nursing age". [Document]. Bangkok: Personnel Division, Nursing Division. 2022. (in Thai)
15. Srisathitnarakun B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*Power software. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
16. Little RJA. & Rubin DB. Statistical analysis with missing data (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons; 2002.
17. Kaewmanee C. 21st century skills of graduates of Boromarajonani Sappasitthiprasong College of Nursing. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. 2019; 3(3): 11-27. (in Thai)
18. Office of the Secretariat of the Education Council. National Education Plan 2017-2036. Bangkok: Phrikwan Graphic; 2017. (in Thai)
19. Nursing Department Phramongkutklao Hospital. Concept of evaluating competency of nursing personnel. Bangkok: Nursing Department; 2020. (in Thai)
20. Wongthai S. & Oumtanee A. Working with Multi-Generation Colleagues: Perspectives of Generation Z Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020; 21(1): 96-104. (in Thai)
21. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
22. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, California: Addison – Wesley; 1984.
23. Theerawetchawong P. & Wisesrith W. A Study of Cultural Intelligence of Registered Nurses in General Hospitals under The Ministry of Public Health. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 24(3): 94-103. (in Thai)
24. Sherine A., Ayyadurai S., Joseph SM. & Edapallikunnel JJ. The Role of Communication Skills in Acquiring Soft Skills for Nurses. Review of International Geographical Education Online. 2021; 11(10): 529-37.
25. Saenung S. & Oumtanee A. How to Communicated in Generation Z Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2): 286-94. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

Effects of the Self-Efficacy Enhancing Program on Self-Care Behaviors of Patients with Cholangiocarcinoma

สมปอง พะมุลิลา*[1] อรุณ กลิ่นบัว[2] จมร เมาะลาษี[2] วรรษมน ปาพรม[3] ชลิยา วามะลุน[4]

Sompong Pamulila*[1] Arun Klinbua[2] Chamorn Moalasri[2] Wassamon Paprom[3] Chaliya Wamaloon[4]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190

[1]Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani, Thailand 34190

[2]โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม, อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

[2]Somdet Phra Yupparat Det Udom Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand 34000

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม, นครพนม ประเทศไทย 48000

[3]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom, Thailand 48000

[4]โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

[4]Cancer Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand 34000

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 17 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนคนละ 45-60 นาที/ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มี 8 กิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้ค่าความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test ผลพบว่า (1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ (2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, มะเร็งท่อน้ำดี

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to investigate the effects of the self-efficacy enhancing program on self-care behaviors of patients with cholangiocarcinoma using the of self-efficacy theory. The subjects were 34 patients with cholangiocarcinoma: 17 people in the control group and 17 people

Corresponding Author: *E-mail: sompong.p@ubu.ac.th

วันที่ได้รับ (received) 16 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 17 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ส.ค. 2567

in the experimental group. The experimental group participated in the activities to enhance self-efficacy for 45-60 minutes/time for 8 consecutive weeks. The research tool was the self-efficacy enhancing program with 8 activities. Data were collected by a self-care behavior assessment form for patients with cholangiocarcinoma with the Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed by independent t-test and paired t-test. The findings were as follows. (1) The mean score of self-care behaviors of the patients with cholangiocarcinoma promoted with the self-efficacy enhancing program was significantly higher than that of those who did not receive the self-efficacy enhancing promotion at the .01 level. (2) The mean score of self-care behaviors of the patients with cholangiocarcinoma after being promoted with the self-efficacy enhancing program was significantly higher than that of before receiving the program at the .01 level. The results of the study can be used as the guidelines for enhancing self-care behavior of patients with cholangiocarcinoma to have better quality of life.

Keywords: Self-Efficacy, self-Care Behaviors, cholangiocarcinoma

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ดังข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2562-2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีทั้งประเทศ จำนวน 24.8, 24.7, 24, และ 23.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[1] ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยพบมากที่สุดในภาคอีสาน รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 62, 17, 13 และ 3 ของผู้ป่วยไทยทั้งหมดที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตามลำดับ[2] สำหรับสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษา ในปี พ.ศ. 2564-2565 จำนวน 366 ราย และ 350 ราย ตามลำดับ[3] ซึ่งสถิติดังกล่าวสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาที่มีผู้ที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีนับเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วย โดยธรรมชาติของเป็นโรคที่อันตรายถึงชีวิตได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากยังไม่มีสารบ่งชี้มะเร็งที่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่เริ่มต้น โดยอาการและอาการแสดงของโรคขึ้นกับชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ Intrahepatic cholangiocarcinoma ผู้ป่วยมักมาเข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดท้อง น้ำหนักลด คลำพบก้อนในท้องใต้ชายโครงขวา ส่วนผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิด Perihilar cholangiocarcinoma ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มักมาพบแพทย์ด้วยอาการที่เกิดจากท่อน้ำดีอุดตัน ได้แก่ ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม คันตามตัว หรือโรคมะเร็งมีการแพร่กระจายแล้ว[2] โดยมีสาเหตุมาจากภาวะที่มีการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดี ได้แก่ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่เกิดจากการรับประทานปลาน้ำจืดดิบ การรับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น ปลาจ่อมดิบ และปลาร้าดิบ ซึ่งมีสารไนโตรท์เจือปน โดยสารนี้จะเร่งให้เกิดโรคมะเร็งที่ท่อน้ำดีได้เร็วขึ้น และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น นิ่วในท่อน้ำดี ตับแข็ง การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์[2] ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญตามมา

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคเรื้อรังที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วย ด้านร่างกายที่เกิดจากการทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดท้องใต้ชายโครงขวา มีไข้ ตัวเหลือง ตาเหลือง คัน น้ำหนักลด หรือภาวะท้องมาน ด้านจิตใจทำให้มีความเครียด วิตกกังวล กลัวตาย สูญเสียพลังอำนาจ และบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง[4] นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ ทำให้ขาดรายได้ ในขณะที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาในโรงพยาบาล หรือค่าเดินทางและส่งผลต่อสมาชิกครอบครัว เช่น บุตรหรือคู่สมรสต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี[5] รวมทั้งส่งผลต่อประเทศชาติต้องขาดประชากรที่มีคุณภาพและศักยภาพในการพัฒนาประเทศ[4] ดังนั้น การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา และเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลริเริ่มกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างจงใจ โดยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[6] เชื่อว่าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง และเมื่อทำแล้วได้ผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ องค์ประกอบหลัก คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าสามารถทำได้ในระดับใด และความคาดหวังของผลลัพธ์ เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกิดจากการประเมินค่าของพฤติกรรมที่จะปฏิบัติว่าสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังได้หรือไม่ โดยมี 4 วิธี ได้แก่ 1) ความสามารถจากการกระทำ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ และ 4) สภาวะทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล เครียด จะส่งผลต่อความคาดหวังต่อพฤติกรรมของตนเอง[6,7] ดังนั้น พยาบาลในฐานะทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถนำแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาดูแลผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพตนเองได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ประชาชนมีความรู้ในระดับปานกลาง ทัศนคติในระดับดี และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคในระดับปานกลาง[8] ดังนั้น ควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนที่ถูกต้อง และการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อบรรยายฉากชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า วิถีความเป็นอยู่ของผู้ป่วย คือ อยู่คนเดียวลำพัง อยู่กับครอบครัว อยู่ดูแลตนเองไม่ให้ทุกข์ทรมาน และอยู่มีชีวิตให้นาน ๆ เท่าที่ทำได้[5] ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระหว่างภาควิชาชีพและภาคประชาชน จะเห็นว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของโรคมะเร็งท่อน้ำดียังไม่พบการศึกษา อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 45.40[9] และการศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใช้เวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคและดีกว่ากลุ่มควบคุม[10] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[7] มาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

สมมติฐานของการวิจัย

1) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[6] โดยเชื่อว่าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง และเมื่อทำแล้วได้ผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังของผลลัพธ์ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี 4 วิธี ได้แก่ 1) ความสามารถจากการกระทำ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เกิดเรียนรู้พฤติกรรมที่ทำประสบความสำเร็จได้ และ 4) สภาวะทางอารมณ์ โดยจัดทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ เพื่อสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังของผลลัพธ์การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

วิธีการดำเนินวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ Nonrandomized control group pretest-posttest design ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง เดือนเมษายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 35-65 ปี ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น และ 2) มีสติสัมปชัญญะดี อ่านและฟังภาษาไทยได้ และ 3) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่เข้าถึงระบบอินเตอร์เน็ต ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนดทั้ง 8 กิจกรรม หรือไม่ครบ 8 สัปดาห์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

สูตร $$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \ 2\sigma^2}{\delta^2}$$

ซึ่งเมื่อแทนค่าในสูตรคำนวณแล้ว ได้จำนวน 14 คน ต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง 20% รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[7] ประกอบด้วย 8 กิจกรรม และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง[9] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งท่อน้ำดี และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91 แล้วนำมาดำเนินการแก้ไขปรับปรุงด้านเนื้อหาและภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC120/2566 ลงในวันที่ 17 สิงหาคม 2566 ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนวิจัย แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 17 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างจากการพบกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มระหว่างการทดลอง และเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้สามารถได้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังสิ้นสุดการทดลองได้ ส่วนกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและดำเนินการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมวิจัย ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยฝึกทักษะการใช้โทรศัพท์มือถือ และ Line application กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การดูแลสายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง และการมาตรวจตามนัด

กิจกรรมที่ 2-8 ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสร้างความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 2-8) กิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี การปฏิบัติตัวทั้ง 7 ด้าน ผ่านประสบการณ์ของตัวแบบจากบุคคลภายนอก พร้อมกล่าวคำยกย่องและชื่นชม ส่งวีดีโอตัวแบบในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านทาง Line application ข้อความกระตุ้นเตือน สร้างจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

และการยุติส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อบอกให้ผู้ป่วยรับทราบการสิ้นสุดการพยาบาล แล้วประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สื่อที่ใช้ประกอบการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ 1) แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม 2) คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 3) การดูแลสายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังทางเว็บไซต์ https://www.youtube.com/watch?v=39lRhHYgmtc&t=213s และ 4) Line application การดูแลตนเองของผู้ป่วย ดำเนินการทุกสัปดาห์ ๆ ละ 45-60 นาที รวม 8 สัปดาห์ สถานที่ใช้ห้องให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลและที่บ้านของผู้ป่วย โดยจัดให้มีความเป็นส่วนตัว อากาศถ่ายเทสะดวก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Shapiro-Will ทดสอบการแจกแจงของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยพบว่าไม่แตกต่างกันแสดงว่ามีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ t-test ทดสอบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายทั้งสองกลุ่ม นับถือศาสนาพุทธทั้งสิ้น การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีสถานภาพสมรสคู่ และเมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในด้านเพศ ศาสนา อายุ การศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส โดยใช้สถิติ χ^2-test พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ χ^2-test

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					2.658	0.10
ชาย	11	55	12	70		
หญิง	6	45	5	30		
ศาสนา					1.006	0.31
พุทธ	20	100	20	100		
อายุ					1.914	
35-45 ปี	2	11.76	2	11.76		0.33
46-55 ปี	5	29.41	6	35.30		
56-65 ปี	10	58.83	9	52.94		
ระดับการศึกษา					4.45	
ประถมศึกษา	11	64.70	12	70.59		0.22
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	3	17.65	3	17.65		
ปริญญาตรี	3	17.65	2	11.76		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ χ^2-test (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					1.404	
เกษตรกรรม	12	70.59	11	64.70		0.52
ค้าขาย/แม่บ้าน/รับจ้าง	3	17.65	3	17.65		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	2	11.76	3	17.65		
สถานภาพสมรส					0.135	
โสด	3	17.64	2	11.76		0.91
สมรส/คู่	12	70.60	11	64.71		
หย่าร้าง/หม้าย	2	11.76	4	23.53		

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test

คะแนน	กลุ่มทดลอง				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านการรับประทานอาหาร	2.29	0.13	3.93	0.08	15.43	.01*
ด้านการออกกำลังกาย	2.40	0.29	3.89	0.04	13.55	.01*
ด้านการรับประทานยา	1.98	0.44	3.77	0.10	15.93	.01*
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.42	0.29	3.82	0.14	13.75	.01*
ด้านการควบคุมความเสี่ยง	1.98	0.33	3.88	0.07	15.75	.01*
ด้านการดูสายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง	1.95	0.42	3.45	0.20	14.75	.01*
ด้านการมาตรวจตามนัด	2.25	0.31	3.99	0.22	12.35	.01*
ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม	1.75	0.31	3.74	0.12	14.50	.01*

*p-value < .01

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด การควบคุมความเสี่ยง การดูสายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง และการมาตรวจตามนัด เท่ากับ 2.29 (SD=0.13), 2.40 (SD=0.29), 1.98 (SD=0.44), 2.42 (SD=0.29), 1.98 (SD=0.33), 1.95 (SD=0.42) และ 2.25 (SD=0.31) ตามลำดับ หลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.93 (SD=0.08), 3.89 (SD=0.04), 3.77 (SD=0.10), 3.82 (SD=0.14), 3.88 (SD=0.07), 3.45 (SD=0.20) และ 3.99 (SD=0.22) ตามลำดับ เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยก่อนการทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม เท่ากับ 1.75 (SD=0.31) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม เท่ากับ 3.74 (SD=0.12) และพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้ Independent t-test

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	หลังการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านการรับประทานอาหาร	2.19	0.12	3.93	0.08	12.95	.01*
ด้านการออกกำลังกาย	2.30	0.27	3.89	0.04	13.24	.01*
ด้านการรับประทานยา	1.97	0.34	3.77	0.10	10.61	.01*
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.43	0.39	3.82	0.14	14.75	.01*
ด้านการควบคุมความเสี่ยง	1.98	0.33	3.88	0.07	13.75	.01*
ด้านการดูสายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง	2.01	0.40	3.45	0.20	13.35	.01*
ด้านการมาตรวจตามนัด	2.55	0.35	3.99	0.22	12.65	.01*
ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม	2.20	0.31	3.74	0.12	13.04	.01*

*p-value<.01

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด การควบคุมความเสี่ยง การดูสายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง และการมาตรวจตามนัด เท่ากับ 3.93 (SD=0.08), 3.89 (SD=0.04), 3.77 (SD=0.10), 3.82 (SD=0.14), 3.88 (SD=0.07), 3.45 (SD=0.20) และ 3.99 (SD=0.22) ตามลำดับ กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 2.19 (SD=0.12), 2.30 (SD=0.27), 1.97 (SD=0.34), 2.43 (SD=0.39), 1.98 (SD=0.33), 2.01 (SD=0.40) และ 2.55 (SD=0.35) ตามลำดับ เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม เท่ากับ 3.74 (SD=0.12) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม เท่ากับ 2.20 (SD=0.31) และ พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยที่ 1: พบว่า ภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยรวม มีค่าเท่ากับ 1.75 (SD=0.31) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.74 (SD=0.12) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อธิบายได้ว่าเมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[6] ซึ่งกล่าวว่า บุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง และเมื่อทำแล้วได้ผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ

ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในความร่วมมือในการรับประทานยาผ่านคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยดูวีดีทัศน์ กล่าวชื่นชมให้กำลังใจ ใช้เวลา 9 สัปดาห์ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือดีกว่ากลุ่มควบคุม และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม[11] เช่นเดียวกับการวิจัยการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การกระตุ้นอารมณ์ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ใช้คำพูดเสริมแรงและให้ลงมือทำ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม[12] ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ทั้งในระยะที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน ๆ ได้ คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานการวิจัยที่ 2: พบว่า ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[6,7] จากการที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ทั้งจากแผ่นพับ คู่มือฯ และวีดีทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจมองเห็นภาพของการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง เป็นต้น จึงสามารถแสดงพฤติกรรมการดูแลได้เหมาะสม และการที่ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติการดูแลจริงด้วยตนเองร่วมกับผู้ดูแล การได้รับคำชมเชยและกำลังใจจากผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยทำการติดตาม ให้คำแนะนำและร่วมกันแก้ปัญหากับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีสามารถนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการบอกเล่าประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม การกล่าวชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยใช้เวลา 3 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[13] สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาย โดยหลัก 5 A ใช้เวลา 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุม[14] ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการควบคุมเหตุปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบทางด้านสุขภาพ[7,15] เพื่อคงไว้ซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ได้ความผาสุกในชีวิต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1) ด้านการปฏิบัติพยาบาล ควรนำแนวทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2) ด้านการเรียนการสอน ควรมีการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้ในกระบวนการจัดการเรียนการสอนทั้งทางด้านทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาลทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายถึงระยะเวลาและลักษณะของการเกิดกระบวนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละขั้นตอน เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เกิดจากการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

References

1. The Task Force of Health data and Information, Bureau of Policy and Strategy. Number and mortality rate per 100,000 population based on of the first 10 causes of death group (according to International Statistical Classification of Diseases: 10th Edition) 2021-2023. Thailand: Bureau of Policy and Strategy; 2024. (in Thai)
2. Chaiteerakit R. Liver and bile duct cancer. Bangkok: Department of Gastroenterology Department of Internal Medicine Faculty of Medicine Chulalongkorn University. 2018. (in Thai)
3. Cancer Registry Unit, Somdet Phra Yupparat Det Udom Hospital. Statistics of cancer patients admitted in the years 2022-2023. Ubon Ratchathani: Somdet Phra Yupparat Det Udom Hospital Hospital; 2023. (in Thai)
4. Khuntikeo N, & Pugkhem A. Current Treatment of Cholangiocarcinoma. Srinagarind Medical Journal. 2012; 27(suppl): 340-50. (in Thai)
5. Pamulila S, Paprom W, & Wamaloon C. Life Scenes of Patients with Cholangiocarcinoma: A Case Study of One Province in The Northeast of Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020; 21(3): 86-97. (in Thai)
6. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84(2): 191–215.
7. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Controle. W.H. Freeman and Company. 1997.
8. Tamngam P, Pamulila S, Sarakum N, & Inpang S. Knowledge, Attitude, and Consumption Behavior Associated with Cholangiocarcinoma in a Sub-District, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Nursing Science and Health. 2019; 21(3): 74-85. (in Thai)
9. Inteng B, & Chomson S. Factors Affecting Stroke Prevention Behaviors of Hypertensive Patients of Muangkao Health Promotion Hospital Phichit Province. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2019; 13(1): 122-34. (in Thai)
10. Turongruang S, Watthana C, Haniratsai T, & Liengchawengwong S. Effects of a Self-efficacy Promoting Program on Disease Control Behaviors and Disease Control among Patients with Uncontrolled Hypertension. Nursing Journal. 2017; 44(1): 69-82. (in Thai)
11. 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 (suppl): 270-9. (in Thai)
12. Wutieay R, & Takaew T. Effects of Self-efficacy Promoting Program on Self-Care Behaviors for Hypertensive Patients in Mae Ing Sub-District, Phukamyao District, Phayao Provice. Thai Journal of Health Education 2021; 44(1): 102-14. (in Thai)
13. Chiangpiew N, Boonchieng W, & Aungwattan S. Effects of Participatory Learning Regarding Stroke Prevention on Knowledge and Self-Efficacy Among Village Health Volunteers. Nursing Journal. 2018; 45(1): 87-99. (in Thai)
14. Moradi M, Nasiri M, Jahanshahi M, & Hajiahmadi M. The Effects of a Self Management Program Based on the 5 A's Model on Self Efficacy among Older Men with Hypertension. Nursing and Midwifery Studies. 2018; 8(1): 21-7.
15. Poomsanguan K. Health Empowerment: Nurses' Important Role. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3):86-90. (in Thai)

ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สาราณียธรรม 6) ระดับศีล 5 ของเยาวชนผู้เข้ารับการบำบัดการติดแอมเฟตามีน ต่อความรู้เรื่องยาเสพติดและระดับความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

Effects of the Rehabilitation Therapy for Persons with Amphetamine use disorder by BasicBuddhist Teaching of Ethic “Ruk-Nuea-Ruk” (Six Saraniya-Dhamma) with Five Percepts of Adolescents Who have treatment for Amphetamine use Disorder on the Knowledge of Substance Abuse and the Level of Self-defense Intentions for Relapse Prevention of Substance Abuse

ศิริรัตน์ นิตยวัน[1] เนตรดาว ธงชิว*[2] ปรีชญา นันตะรัตน์[3] อัครชัย อรุณเหลือง[4]

Sirirat Nitayawan[1] Natedao Thongseaw*[2] Preechaya Nantarat[3] Aukarachi Aroonlueng[4]

[1]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200**

[1]Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, 50200

[2]**คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50000**

[2]McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand, 50000

[3]**โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200**

[3]Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai, Thailand, 50200

[4]**ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ ประเทศไทย 50180**

[4]Regional Juvenile Vocational Training Center 7, Chiang Mai, Thailand, 50180

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สาราณียธรรม 6) ระดับศีล 5 ต่อความรู้เรื่องยาเสพติดและระดับความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ เยาวชนชายที่ต้องโทษด้วยคดีเสพแอมเฟตามีนหรือยาบ้าในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จำนวน 54 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม จำนวน 27 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน ใช้สถิติ One way ANOVA ในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้ Independent t-test analysis ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องยาเสพติดหลังการทดลอง และหลังการทดลอง 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq .05$) และกลุ่มทดลองมีระดับความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหลังการทดลอง และหลังการทดลอง 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Corresponding Author: *E-mail: dao_1409@hotmail.com

Sponsored by National Research Council of Thailand

วันที่รับ (Received) 30 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 24 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 31 ส.ค. 2567

ทางสถิติ (P ≤ .05) จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัด “รักเหนือรัก” สามารถเพิ่มระดับความรู้เรื่องยาเสพติดและระดับความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำให้กับเยาวชนที่เคยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ซึ่งหากนำโปรแกรมการบำบัดฯ ไปใช้เพื่อจัดการปัญหายาเสพติดในเยาวชนแต่เนิ่น ๆ จะสามารถช่วยลดปัญหาสังคมซึ่งเป็นผลจากยาเสพติดได้

คำสำคัญ: พุทธศาสนา, ผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน, ความรู้เรื่องยาเสพติด, การป้องกันไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental research investigates the effects of the BasicBuddhist Teaching of Ethic “Ruk-Nuea-Ruk” (Six Saraniya-Dhamma) with Five Percepts, on substance knowledge and self-defense intentions for relapse prevention of substance abuse. The study involved 54 male juveniles convicted of amphetamine or methamphetamine offenses, housed at a juvenile training and rehabilitation center. The participants were divided into two groups: a control group of 27 participants and an experimental group of 27 participants. Data were analyzed using One-Way ANOVA and Independent t-tests to determine differences between groups.

The results indicated that the experimental group demonstrated significantly higher levels of drug knowledge and self-defense intentions after the intervention and three months later compared to their levels before the intervention and compared to the control group (p ≤ .05). Therefore, it can be concluded that the “Ruk-Nuea-Ruk” program effectively enhances substance knowledge and self-defense intentions among adolescents previously involved with amphetamines. Early implementation of this rehabilitation program can help reduce the social issues associated with amphetamines.

Keywords: Buddhist, Persons with Amphetamine use disorder, Substance knowledge, Relapse prevention of substance abuse

บทนำ

การแพร่ระบาดของการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่น่าวิตกอย่างยิ่งของประเทศไทย ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี 2564 ของสำนักปราบปรามยาเสพติด มียาของกลางยาเสพติดที่ยึดได้มากเป็น 3 อันดับแรก คือ ยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน จากข้อมูลการเข้ารับการบำบัดปี 2564 พบว่า มีการแพร่ระบาดของยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 75 และกลุ่มเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุดคือเยาวชนอายุ 18 – 24 ปี ในขณะที่จำนวนผู้ต้องหาลดลงแต่จำนวนผู้เสพ และผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีเพิ่มมากขึ้น[1] จังหวัดเชียงใหม่เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการจับกุมและยึดของกลางยาบ้าได้มากที่สุดในประเทศ สอดคล้องกับข้อมูลของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดทั้งแบบสมัครใจและบังคับบำบัดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า ร้อยละ 23.44 มาด้วยปัญหาจากการใช้ยาบ้า และช่วงอายุที่มีการใช้มากที่สุด คือ 25 – 34 ปี (ร้อยละ 36.81) อายุน้อยที่สุดที่ใช้ยาบ้า คือ 5 – 14 ปี[2]

จากข้อมูลสถิติปี 2564 พบว่า ผู้กระทำผิดภายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่มากกว่าครึ่งกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และหลังจากปล่อยตัวพบว่า ร้อยละ 28.49 กลับไปกระทำผิดซ้ำ[3] ส่วนใหญ่มักขาดความสำนึก ขาดความตระหนักรู้ว่าการกระทำของตนเองก่อความเดือดร้อนให้กับสังคม ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่มาจากปัจจัยด้านครอบครัว ด้านเศรษกิจ ด้านสภาพแวดล้อมที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด และปัจจัยด้านจิตวิทยา โดยมักพบว่าวัยรุ่นจะมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดเพื่อความสนุกและช่วยคลายเครียด[4]

การบำบัดผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้ยา จิตสังคมบำบัด เช่น จิตบำบัด ชุมชนบำบัด Matrix model ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม FAST Model การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม[5,6] รูปแบบการบำบัดเหล่านี้ยังได้ถูกนำไปใช้เพื่อการบำบัด ฟื้นฟู แก้ไขพฤติกรรม แก่เด็กและเยาวชนที่ศาลมีคำพิพากษาว่าได้

กระทำผิดเพื่อไม่ให้กลับไปกระทำผิดซ้ำ ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน[7] ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม การจัดการศึกษาภาคบังคับ การฝึกอาชีพ และการฝึกและอบรมทางศีลธรรม เพื่อให้เด็กและเยาวชนตระหนักในความผิดที่ได้กระทำ มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม มีคุณธรรมและมีศีลธรรม[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการใช้ยาเสพติด พบว่า การส่งเสริมความรู้และทักษะชีวิต สามารถช่วยป้องกันมิให้ผู้ติดยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำได้ เนื่องจากความรู้และเข้าใจในทักษะดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดกลับมาใช้ชีวิตปกติในสังคมและไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ[8] อีกทั้งความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งหากเยาวชนมีความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดก็จะเกิดความเชื่อมั่น มุ่งมั่น และกระตือรือร้นในการเลิกเสพยาเสพติดได้สำเร็จ[9] นอกจากนี้การใช้หลักการทางศาสนาหรือการฟื้นฟูทางจิตวิญญาณยังสามารถช่วยลดความถี่ของการใช้ยาเสพติด หรือเลิกใช้ได้ในบางราย เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอาการทางจิตที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงเพิ่มโอกาสในการทำงานที่ดีได้[10] ซึ่งการที่เยาวชนที่ติดยาเสพติดชนิดยาบ้าจะเกิดความร่วมมือต่อกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู จำเป็นต้องอาศัยความรักความห่วงใยของบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะพ่อและแม่ที่สามารถช่วยให้เยาวชนเกิดจิตสำนึกที่ดี รวมถึงการใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจจะช่วยให้เยาวชนเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดียิ่งขึ้น[11] ดังนั้นการนำหลักพุทธปรัชญามาใช้เพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดของเด็กและเยาวชน จะสามารถช่วยให้เกิดการฟื้นฟูและพัฒนาด้านจิตใจให้มีสติ เกิดปัญญา รู้ถึงเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาเสพติด เห็นโทษและพิษภัยของยาเสพติด เกิดความละอายใจ สำรวมตนให้ห่างไกลจากยาเสพติด[12] ซึ่งแนวทางดังกล่าวถือเป็นหนึ่งในแนวทางการบำบัด ฟื้นฟู การฝึกและอบรมให้แก่เด็กและเยาวชน ตามพระราชบัญญัติการบริหารการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด พ.ศ. 2561[13] มุ่งเน้นให้เหมาะสมกับ เพศ อายุ ศาสนา วัฒนธรรม การใช้ศาสนาเพื่อฟื้นฟูจิตใจจึงถือเป็นหนึ่งในรูปแบบการบำบัดที่มีความเหมาะสม เช่นเดียวกับการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สาราณียธรรม 6) ระดับศีล 5 ในประชากรกลุ่มเดียวกันของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าสามารถลดการกลับไปเสพยาซ้ำหรือหยุดการใช้ยาได้ยาวนานขึ้นเมื่อติดตามครบ 3 เดือนถึงร้อยละ 98.11[14] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สาราณียธรรม 6) ระดับศีล 5 มาใช้ในพื้นที่ภาคเหนือโดยคาดหวังว่าจะเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดโดยใช้หลักทางศาสนาที่มีประสิทธิภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สาราณียธรรม 6) ระดับศีล 5 ต่อความรู้เรื่องยาเสพติดและระดับความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนความรู้เรื่องยาเสพติด ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. คะแนนความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สาราณียธรรม 6) ระดับศีล 5 ซึ่งพัฒนาโดย อัมพร สีลากุล และคณะ[14] ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนาโดยไม่มีการดัดแปลงเนื้อหา ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยทดลองใช้กับเยาวชนชายภายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และไม่ซ้ำกับกลุ่มทดลอง ก่อนเริ่มการทดลอง 1 เดือน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ยาเสพติดที่ใช้ และระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องยาเสพติด โดยเป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือก 4 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ แบ่งการแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-7 มีความรู้ระดับต่ำ คะแนน 8-14 มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 15-20 มีความรู้ในระดับสูง โดยผ่านการตรวจสอบการหาความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความยากง่าย (p) เท่ากับ .72 ค่าอำนาจจำแนก (r) เท่ากับ .8 และ KR-20 เท่ากับ .94

ชุดที่ 3 แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยให้คะแนนแต่ละข้อคำถามเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งการแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 1-50 ระดับต่ำ คะแนน 51-100 ระดับปานกลาง คะแนน 101-150 ระดับสูง โดยผ่านการตรวจสอบการหาความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ .76

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยใช้เกณฑ์วิเคราะห์อำนาจการทดสอบของเบิร์น และโกรฟ[15] กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ค่า Effect size ที่ 0.5 และค่า Power analysis ที่ 0.8 เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดฯ “รักเหนือรัก” ยังไม่เคยถูกนำไปทดสอบประสิทธิภาพที่ใดมาก่อน จากการเปิดตาราง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 22 คนต่อกลุ่ม ผู้ศึกษาได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 จากการประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ ในกรณีกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยหรือปฏิเสธไม่ร่วมดำเนินการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 27 คน โดยกลุ่มทดลอง คือ เยาวชนชายจากศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จ.เชียงใหม่ และกลุ่มควบคุม คือ เยาวชนชายจากศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 6 จ.นครสวรรค์ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 54 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เยาวชนชายที่ต้องโทษคดีเสพแอมเฟตามีน อายุระหว่าง 13-19 ปี อ่านออก-เขียนได้ ไม่จำหน่ายออกจากศูนย์ฝึกฯ ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ทำการศึกษา มีระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเอง ทำการประเมินโดยการสัมภาษณ์ถึงแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) และสมัครใจโดยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่ได้นับถือศาสนาพุทธ และการรับรู้ไม่ตรงตามความเป็นจริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

นำเสนอโครงร่างการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Research ID: 086/2018 วันที่อนุมัติ 19 กรกฎาคม 2561 และได้รับอนุญาตทำวิจัยในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จากอธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรุงเทพฯ ตามหนังสือเลขที่ ยธ ๐๖๑๐๙/ศว๐๑ ผู้วิจัยทำการสอบถามความสมัครใจเยาวชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับ ระยะเวลา และสถานที่ทำกิจกรรม การรับทราบสิทธิในการออกจากการวิจัยโดยปราศจากผลกระทบได้ทุกเมื่อ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนลงลายมือชื่อในเอกสารเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

1. ระยะก่อนการดำเนินการ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยลงพื้นที่พบผู้อำนวยการ และผู้ประสานงานประจำศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนที่จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดนครสวรรค์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และแผนงานการวิจัย รวมถึงพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเยาวชนภายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนด

2. ระยะดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูล และดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึง มีนาคม 2562 จำนวน 9 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับ ระยะเวลา และสถานที่ทำกิจกรรม การรับทราบสิทธิในการออกจากการวิจัยโดยปราศจากผลกระทบ ทำการรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องยาเสพติด

และแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 1 ครั้งที่ 1 ปลุกจิตสำนึกเพื่อให้รู้จักและเข้าใจศาสนาพุทธ และการกำหนดกรรม

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 1 ครั้งที่ 2 ปลุกจิตสำนึกเพื่อให้เข้าใจขั้นตอนการพัฒนาตนเองให้พ้นทุกข์

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 2 การรู้จักตนเอง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และเข้าใจตนเอง

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 3 การบริหารชีวิตในครอบครัว เพื่อให้รู้คุณค่าของครอบครัว

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 4 งานกับชีวิต เพื่อให้อธิบายถึงการพัฒนาตนเองด้วยกรรม 3 คิด พูด ทำ

ครั้งที่ 7 กิจกรรมที่ 5 หลุมพรางชีวิต เพื่อให้รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเจอหลุมพรางชีวิต

ครั้งที่ 8 กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการนำศีล 5 มาบริหารชีวิต

ครั้งที่ 9 ทำการประเมินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบทดสอบความรู้เรื่องยาเสพติด และแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

3. ระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 3 เดือน ทำการประเมินติดตามผล ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 54 คน โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องยาเสพติด และแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดฯ "รักเหนือรัก" แก่กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป (SPSS) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องยาเสพติด และคะแนนเฉลี่ยแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างตามระยะเวลา จำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และติดตามหลังการทดลอง 3 เดือน โดยทำการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม และความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้ One way ANOVA ในการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้ Independent t-test analysis ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ เยาวชนชายภายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จำนวน 54 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.3 และส่วนใหญ่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 13 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.4 กลุ่มควบคุม จำนวน 27 คน ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.3 และส่วนใหญ่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 13 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป (N = 54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=27) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=27) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
อายุ (ปี)	X = 17.07, SD = 0.99	X = 17.59, SD = 1.01	0.76
10 - 15	1 (3.7)	1 (3.7)	
> 15	26 (96.3)	26 (96.3)	
อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด (ปี)	X = 14.26, SD = 1.43	X = 14.19, SD = 1.04	0.962
10 - 13	8 (29.6)	8 (29.6)	
> 13	19 (70.4)	19 (70.4)	

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่าง

ข้อมูลระดับคะแนนความรู้เรื่องยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับคะแนนความรู้ก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.56 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.11 หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.81 ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.26 และหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.04 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 54)

	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง 1 สัปดาห์				ติดตาม 3 เดือน			
	Mean	SD	t	Sig	Mean	SD	t	Sig	Mean	SD	t	Sig
กลุ่มควบคุม (n=27)	8.11	1.050		8.26	.944				8.00	.961		
กลุ่มทดลอง (n=27)	8.56	1.013	-1.583	.119	16.81	1.469	25.462	.000*	16.04	1.931	-19.361	.000*

*P< .05

จากตารางที่ 2 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องยาเสพติดไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อมูลระดับคะแนนความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับคะแนนความตั้งใจก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.00 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.48 หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองทั้งหมดมีคะแนนอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 120.67 ในขณะที่กลุ่มควบคุมทั้งหมดยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.52 และหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองทั้งหมดยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 117.81 สำหรับกลุ่มควบคุมทั้งหมดยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.40

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 54)

	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง 1 สัปดาห์				ติดตาม 3 เดือน			
	Mean	SD	t	Sig	Mean	SD	t	Sig	Mean	SD	t	Sig
กลุ่มควบคุม (n=27)	76.48	5.925	-.349	76.52	4.980				76.41	5.358		
กลุ่มทดลอง (n=27)	77.00	4.954		.729	120.67	6.445	28.166	.000*	117.81	8.096	-22.162	.000*

*P< .05

จากตารางที่ 3 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดฯ "รักเหนือรัก" มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยาเสพติด ภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากโปรแกรมฯ ช่วยกระตุ้นจิตสำนึกของเยาวชนในการรับรู้ปัญหาและยอมรับการกระทำที่ผิดพลาดของตนเอง นำประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา มาวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา[14] ว่าการที่ได้รู้ว่าศาสนาพุทธเป็นศาสนาแห่งกรรม ทำให้เข้าใจถึงชีวิตว่าชีวิตคือการกำหนดกรรมด้วยตนเอง ให้คิด พูด ทำ สิ่งที่เกิดประโยชน์ต่อทั้งตนเองและผู้อื่น ทั้งต่อหน้าและลับหลัง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาตนเอง กระตุ้นสร้างความตระหนัก และสร้างเจตคติต่อการใช้สิ่งเสพติดว่าเป็นสิ่งไม่ดี ทำให้เกิดการเกรงกลัวต่อการทำบาป ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดไม่กลับไปเสพซ้ำอีก[16] ทั้งนี้ทำให้เยาวชนอยากปรับปรุงตัวเป็นคนดี โดยส่วนใหญ่บอกว่า "จะไม่กลับไปทำสิ่งที่ผิดพลาดซ้ำ เพราะกลัวหมดอนาคต และไม่อยากทำให้ครอบครัวเสียใจอีก" ดังนั้นตัวของผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความต้องการพัฒนาปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น และต้องการยุติการเสพยาเพื่ออนาคตของตนเองและครอบครัว ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ[17] ผู้วิจัยเห็นว่า การที่เยาวชนมีความรู้เท่าทันปัญหายาเสตติดจะช่วยให้เกิดการยั้งยั้งชั่งใจ คิดถึงผลดี ผลเสียจากการใช้ยาเสพติด และหากมีการสอดแทรกหลักธรรมทางศาสนาที่เข้าใจง่ายจะช่วยให้เกิดความรู้สึกละอายต่อการกระทำสิ่งไม่ดี ที่ส่งผลเสียทั้งต่อตนเองและครอบครัว และทำให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาตนเอง จนสามารถป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้

สมมติฐานที่ 2 จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากโปรแกรมการบำบัดฯ "รักเหนือรัก" เน้นสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การอดทนต่อความคิดอยากเสพยาเสพติด ทำให้ผ่านพ้นหลุมพรางของยาเสพติดไปสู่หลักศีล 5 ในการดำเนินชีวิต[14] อีกทั้งโปรแกรมการบำบัดฯ ยังช่วยปรับกระบวนการคิดและการรับรู้ให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงผลเสียหรือโทษของยาเสพติดทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติให้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนได้กระทำผิดต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวอับอาย จึงมีความตั้งใจเป็นอย่างมากที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น เพื่อตอบแทนพระคุณพ่อแม่ และถือเป็นการไถ่โทษกับสิ่งที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่นำไปสู่การเลิกเสพยาเสพติด คือ การเกิดความละอายต่อการกระทำความผิด สร้างความตระหนักถึงบาป บุญ คุณโทษ เกิดความรับผิดชอบต่อความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การตระหนักในความรักและความห่วงใยของพ่อแม่ ความต้องการเอาชนะคำสบประมาทและการดูถูกดูแคลนจากคนอื่น ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยด้านบวกที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ เสริมสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อเป้าหมายในการหยุดเสพยาเสพติดโดยไม่กลับไปเสพซ้ำอีก[8,18] ผู้วิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางความคิดของเยาวชนเกี่ยวกับการตระหนักถึงผลเสียของยาเสพติด และความต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อไม่ให้ครอบครัวอับอาย แสดงถึงความตั้งใจที่เพิ่มขึ้นในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ ดังนั้นการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติดจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดฯ "รักเหนือรัก" มีผลทำให้เยาวชนที่มีการใช้ยาเสพติดชนิดยาบ้ามีความรู้เรื่องยาเสพติดและมีความตั้งใจในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกับการดูแลเด็กและเยาวชนผู้เข้ารับการบำบัดการติดแอมเฟตามีน ควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อนำโปรแกรมการบำบัดฯ ไปใช้ในการสร้างเกราะป้องกันยาเสพติด ตลอดจนจัดการปัญหาการใช้ยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้แต่เนิ่น ๆ ก่อนเยาวชนกระทำผิดจน

ถูกจับกุม จะช่วยลดปัญหาสังคมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามการปรับตัวในระยะยาวเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนของเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ได้อย่างชัดเจนในสิ่งแวดล้อมจริง โดยการสอบถามความสมัครใจทั้งจากเยาวชนและครอบครัวในการติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายกลับบ้านหลังครบกำหนดการฝึกอบรมในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน

Reference

1. Office of the Narcotics Control Board. Result of the Nationwide drug Crackdown Narcotics Suppression Bureau Annual Report 2021. Bangkok: The Ministry; 2021. (in Thai)
2. Thanyarak Chiang Mai Hospital. Patient statistics Fiscal year in 2022 (October 1st – September 30th, 2022). Chiangmai: Department of Medical Service; 2023. (in Thai)
3. Department of Juvenile Observation and Protection. Report on the Achievement of the Government Action Plan 2nd Quarter of Fiscal year (January 1st – March 31st, 2021). Bangkok: The Department; 2021. (in Thai)
4. Kucharoen A. The Causal Factors of Thai Teenager’s Drug Addiction Behavior: Analysis of Model Invariance between Male and Female Adolescents. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2023;8(5):235-55. (in Thai)
5. Meeklung O, Nukaew O, & Chanchong W. The Effects of a New Nursing Care with Music Program Based on King’s Theory of Goal Attainment on Amphetamine Craving among Male Adolescents. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2023;10(2):1-14. (in Thai)
6. Wingworn S, Takviriyanun N, & Jirarode A. The Effects of A Cognitive-Behavioral Therapy Program in Conjunction with Social Support on the Social Functioning and Mental Health of Patients with Comorbid Amphetamine Dependence and Psychotic Disorders in a Treatment Center in Pathumthani Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):424-34. (in Thai)
7. Central Juvenile and Family Court. Act of legislation The Juvenile and Family Courts and Youth and Family Trial Procedures B.E. 2553 (2010). Government Gazette Vol.127, Part 72a, dated 22nd November B.E. 2553;2010. (in Thai)
8. Arrahimee A, Saengthong T, Jeawkok J, & Laipaporne S. Self-Prevention Against Drug Abuse Relapse: A Case Study of People Undergoing Drug Addiction Treatment in Pattani Province. Journal of Community Development and Life Quality. 2022;10(3): 345-57. (in Thai)
9. Kaewmart N, Dallas JC, Poonnotok P, Dethchaiyot P, & Bunpracha S. Factors affecting the Internet of Drug Abstinence among Youth Experiencing Substance Abuse. Journal of Health Science Research. 2017;11(1):133-41. (in Thai)
10. Audrey H Hai, Cynthia F, Sunyoung P, Diana M DiNitto, & Norielle A. The efficacy of spiritual/ religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Drug and Alcohol Dependence. 2019; 202:134-48.
11. Natnuanyai R, Nijneat C, Bhookong S, Boonyapitak S, & Phukao D. Thai Youth’s Voluntary Applications of VR Drug Treatment. Journal of the Association of Researchers. 2014;19(2): 36-44. (in Thai)

12. Julrach S, & Chachikul P. An Analytical Study of Buddhist Principles in Resolving Narcotic Problem of the Juveniles in Nongkhai Province. Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Ubon Review. 2021;6(1):481-94. (in Thai)
13. Central Juvenile and Family Court. Act of Rehabilitation Administration for Juvenile Delinquents B.E. 2561 (2018). Government Gazette Vol.135, Part 12a, dated 27th February B.E. 2561;2018. (in Thai)
14. Seelakul A, Charoenchai W, Sasompolsawat W, Leela C, Wiroteurairuang K, & Unsri D. Development of the Rehabilitation Therapy for Persons with Amphetamine use disorder by BasicBuddhist Teaching of Ethic "Ruk-Nuea-Ruk" (Six Saraniya-Dhamma) with Five Percepts. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2013;27(3): 30-43. (in Thai)
15. Burns N, & Grove SK. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. Missouri: Saunders Elsevier; 2009.
16. Soongjit AS, Phratumkaew S, & Sangrung P. An application of Buddhist Dharma to promote treatment and reduce the problem for the repeat offenders of the youths addicted drug: A case study of WatNoonsoongwanaram in Khunhan district Sisaket Province. Journal of Graduate Saket Review. 2019;4(2):47-62. (in Thai)
17. Sangsong S, Uthis P, & Suktrakul S. The Effect of Multidimensional Family Therapy problem on Amphetamine Consumption in Adolescent with Amphetamine Dependence. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019;33(2):76-90. (in Thai)
18. Wongpanarak N, & Chaleoykitti S. The Role of the Nurse in Addiction Counseling. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(1):16-23. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

The Effects of Awareness Creating Development Program on Unwanted Pregnancy Prevention among Junior High School Students

ศิมาภรณ์ พวงสุวรรณ อัญชลี จิตราภิรมย์* สุมณฑา โพธิบุตร
Simaporn Puangsuwan Aunchalee Jittrapirom* Sumontha Pothiboot
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84100
Faculty of Nursing Surat Thani Rajabhat University, Surat Thani, Thailand 84100

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลในการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้การสุ่มแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความตระหนักรู้และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76 และ 0.98 ตามลำดับ สำหรับโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 80/80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Independent t-test และ One-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$ และความตระหนักรู้ฯของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ 6 และ 12 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสร้างความตระหนักรู้และป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้

คำสำคัญ: การสร้างความตระหนักรู้, พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of awareness development program on unwanted pregnancy prevention among junior high school students in Surat Thani province. The study divided participants equally 2 groups with 30 each of experimental and control group using random assignment. The instrument was used to collect data on the research questionnaire. These include a measure of awareness and decision to choose prevent early pregnancy Cronbach's alpha coefficients for internal consistency were 0.76 and 0.98, respectively. The efficiency index of program was 80/80. Data were analyzed by using descriptive statistics, Independent t-test and One-way repeated measures ANOVA.

Corresponding Author: * E-mail: aunchalee.jit@sru.ac.th

วันที่รับ (Received) 26 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 18 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 25 พ.ค. 2567

The result revealed as follows: no significant difference in experimental and control group before receiving the program. However, the experimental group had higher mean scores of awareness and behavior for preventing early pregnancy than the control group insignificantly ($p<0.05$). The awareness scores of the experimental group after intervention in the 6 and 12 weeks of the program were significantly higher than those of the experimental group before intervention in the program ($p<0.05$). This research demonstrates that the developed program effectively enhances awareness and prevents unwanted pregnancy.

Keywords: Awareness Creating, Prevention behaviors of pregnancy, Junior high school students

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ พบการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม การสำส่อนทางเพศ ซึ่งนำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[1,2] สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี จากสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 0.9 ต่อพัน ซึ่งเคยสูงสุดอยู่ที่ 1.8 ต่อพัน ในปีพ.ศ. 2555 และได้ลดลงเรื่อยๆอย่างต่อเนื่อง อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 24.4 ต่อพัน มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เท่ากับ 14.29 ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นจะลดลงจากร้อยละ 17.87 ในปี พ.ศ. 2559 อย่างไรก็ตามยังสูงเกินเป้าหมายที่กำหนดในปีงบประมาณ 2565 ซึ่งกำหนดไม่เกินร้อยละ 13.03 ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม[1,4,5,6] แนวทางป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า มีรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย[7] รูปแบบ ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 2) โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม 3) โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น 4) การอบรมเสริมพลังให้แกนนำนักเรียนเรื่องพฤติกรรมทางเพศ 5) รูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 6) รูปแบบการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และ 7) รูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน พบว่าหลังการใช้รูปแบบการป้องกันแบบต่างๆ มีประสิทธิผลในระยะสั้น แต่ไม่มีประสิทธิผลในระยะยาว การออกแบบโปรแกรมไม่ได้มาจากสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่[7] ดังนั้น เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างแท้จริง ควรออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องกับกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่นั้นๆ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย[8] พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การขาดความตระหนักรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การทำวิจัยเพื่อหารูปแบบโปรแกรมใหม่ที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างแท้จริงในวัยรุ่นนั้นควรเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของกลุ่มวัยรุ่น จากการศึกษาโปรแกรมควรเน้นการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานทำให้วัยรุ่นเกิดการรียนรู้ มีทัศนคติ สร้างความตระหนัก และมีทักษะเรื่องเพศที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว[9] ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความตระหนักรู้[10] ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงจิตวิทยาผสมผสานกับแนวคิดเชิงพฤติกรรมศาสตร์ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม[11] มาจัดการเรียนรู้โดยพัฒนารูปแบบโปรแกรมมาจากสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในประเด็น พัฒนาการวัยรุ่น การสร้างความตระหนักรู้ การมีทักษะเรื่องเพศ และการคุมกำเนิดที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

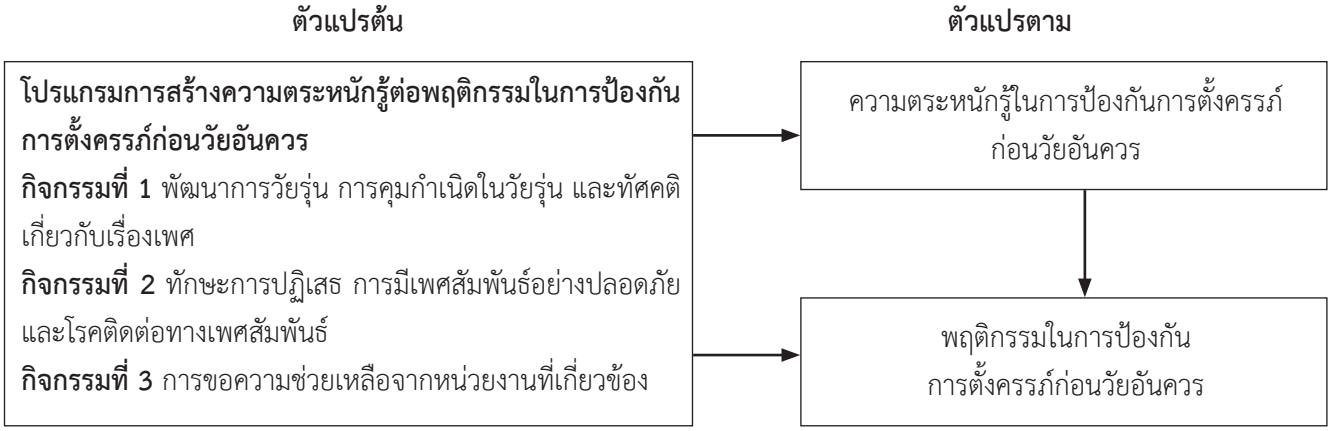
1. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระยะก่อนเข้าโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 และ 12 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้และพฤติกรรม

ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนเข้าโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 และ 12 สัปดาห์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ครั้งนี้ใช้แนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม[11] เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นในบริบททางสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กันและโต้ตอบกันของบุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยใช้ทฤษฎีความตระหนักรู้[10] ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผสมผสาน[12] ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรู้คิด และสภาพแวดล้อมทางสังคม นำไปสู่แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมฯ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เขต 11 จำนวน 3,391 คน[13]

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power ที่อิทธิพลขนาดกลางซึ่งมีค่า Effect size เท่ากับ 0.6714 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน สุ่มแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) โดยการสุ่มกลุ่มทดลองให้ครบตามจำนวน หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่คัดเข้า (Inclusion criteria) 1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 12-16 ปี 2. สามารถอ่าน เขียน ฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้ 3. สามารถใช้สื่ออินเตอร์เน็ตได้ และคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ไม่สามารถเข้าโปรแกรมฯ ได้ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี (SRU-EC2021/057) เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากยังเป็นวัยที่ไม่บรรลุนิติภาวะจึงได้มีการขออนุญาตจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่สำคัญ 3 หลักการ คือ หลักเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักแห่งความยุติธรรม

เครื่องมือในการการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมฯ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดและทฤษฎีความตระหนัก[10] ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 2. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผสมผสาน[12]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายได้ที่ได้รับ ที่พักอาศัยปัจจุบัน สถานภาพสมรสของบิดามารดา เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

2.2 แบบวัดความตระหนักรู้และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์[15] เป็นแบบสอบถามการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง แบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร[15] เป็นสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 15 ข้อ แบบเลือกความถี่ในการปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ แบบวัดความตระหนักรู้และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลมารดาและทารก 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด เท่ากับ 0.94 และ 1 ตามลำดับ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ 1. แบบวัดความตระหนักรู้และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ 2. แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 และ 0.98 ตามลำดับ

3. การตรวจประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ[16] มีค่าประสิทธิภาพสูง เท่ากับ 87.85/92.01 หมายความว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้โปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ระหว่างเรียน เฉลี่ยร้อยละ 87.85 และมีผลสัมฤทธิ์หลังเรียนเฉลี่ยร้อยละ 92.01

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความตระหนักรู้และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในสัปดาห์ที่ 1

2. ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลอง:

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 พัฒนาการวัยรุ่น การคุมกำเนิดในวัยรุ่น และทัศคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ เกมส์ละลายพฤติกรรม และสร้างข้อตกลงในการทำกิจกรรม เปิดประเด็นกิจกรรม “ต้นไม้ชีวิตของฉัน” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบผลกระทบในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม บรรยายพัฒนาการวัยรุ่น การคุมกำเนิดในวัยรุ่น และทัศคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยใช้สื่อวิดิโอภาพยนตร์ร่วมอภิปรายและสะท้อนถึงปัญหาของวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมที่ 2 ทักษะการปฏิเสธ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เปิดประเด็นด้วยภาพยนตร์เรื่อง “รักในทางที่ผิด” บรรยายเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมแสดงบทบาทสมมุติ และอภิปรายทักษะการปฏิเสธการขอมีเพศสัมพันธ์

สัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรมที่ 3 การขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เปิดประเด็นด้วยภาพข่าว “การล่วงละเมิดทางเพศและการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร” บรรยายและโดยใช้สื่อวิดิโอภาพยนตร์เรื่อง “ท้องไม่พร้อม” และละครสอนใจตอนคุณแม่วัยใส เชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาแหล่งสนับสนุนทั้งครอบครัว โรงเรียน ชุมชน รวมทั้งช่องทางการขอความช่วยเหลือ: เว็บไซต์ เบอร์โทรศัพท์ องค์กรที่คุ้มครอง

โดยแต่ละกิจกรรม แบ่งเป็น 3 ฐาน ฐานละ 10 คน ใช้เวลาฐานละ 45-60 นาที โดยมีวิทยากร 3 คน สอนตามคู่มือการจัดการเรียนรู้ในโปรแกรมฯ หลังจากนั้นทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 6 สำหรับสัปดาห์ที่ 7-11 ติดตามเยี่ยมผ่านช่องทางแชทกลุ่ม ส่งข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12

3. กลุ่มควบคุมมีการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ นัดทำแบบสอบถาม 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 และครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Independent t-test

3. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ One-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ที่เข้าโปรแกรมฯ โดยกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย เพศชาย 16 คน (ร้อยละ 53.3) เพศหญิง 14 คน (ร้อยละ 46.7) กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย เพศชาย 13 คน (ร้อยละ 43.3) เพศหญิง 17 คน (ร้อยละ 56.7) อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนทั้งสองกลุ่มเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.01-3.00 โดยกลุ่มควบคุมมีเกรดเฉลี่ยอยู่ที่ 2.56 กลุ่มทดลองมีเกรดเฉลี่ยอยู่ที่ 2.13 รายได้เฉลี่ย 50 บาทต่อวัน พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา และสถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน

2. เปรียบเทียบความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test (n=30)

ตัวแปรตาม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความตระหนักรู้ก่อนเข้าโปรแกรมฯ	27.67	2.65	29.07	2.92	-1.94	.57
ความตระหนักรู้หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์	28.53	2.45	32.30	1.74	-6.87	.000
ความตระหนักรู้หลังเข้าโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์	28.80	2.70	34.57	1.57	-10.13	.000
พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนเข้าโปรแกรมฯ	56.00	6.90	54.50	8.66	0.74	.461
พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์	57.30	5.78	67.30	5.31	-6.98	.000
พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์หลังเข้าโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์	57.03	6.49	71.87	3.88	-10.75	.000

* p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนเข้าโปรแกรมฯ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้กลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ ($\bar{X}$=32.30, SD=1.74; $\bar{X}$=34.57, SD=1.57) สูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนเข้าโปรแกรมฯ ($\bar{X}$=27.67, SD=2.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.000 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์กลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ ($\bar{X}$=67.30, SD=5.31; $\bar{X}$=71.87, SD=3.88) สูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนเข้าโปรแกรมฯ ($\bar{X}$=56.00, SD=6.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.000

3. เปรียบเทียบความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มทดลองระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มทดลองระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ (n=30)

ตัวแปรตาม	ระยะเวลา	$\bar{X}$	SD	df	F	p	Partial Eta Squared
ความตระหนักรู้	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ	29.07	2.92	1.37	100.53	.000	0.78
	หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์	32.3	1.74				
	หลังเข้าโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์	34.57	1.57				
พฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ	54.50	8.66	1.24	65.83	.000	0.69
	หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์	67.30	5.30				
	หลังเข้าโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์	71.87	3.88				

* p-value < .05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบความตระหนักรู้ในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักรู้ในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ อยู่ที่ 29.07, 32.3 และ 34.57 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้ในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมฯ และกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ p<.000 เช่นเดียวกับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ อยู่ที่ 54.50, 67.30 และ 71.87 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมฯ และกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ p<.000

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ที่ 6 และ 12 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมฯ แต่ละกิจกรรมดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1. ประเมินตนเอง เพื่อให้ทราบถึงความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ 2. กระบวนการเรียนรู้และการรับรู้ในประเด็น พัฒนาการวัยรุ่น การคุมกำเนิด ทัศนคติเรื่องเพศ ทักษะการปฏิเสธ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการขอความช่วยเหลือ ได้รับการเรียนรู้ผ่านสื่อวิดีโอ ใบงาน และอภิปรายกลุ่ม 3. การลงมือปฏิบัติ ผ่านกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมุติในทักษะการปฏิเสธ 4. การเสริมแรงและการให้คำปรึกษาจากผู้วิจัย ซึ่งโปรแกรมฯ มีจุดเด่น คือ ไม่ได้ให้ความรู้เพียงอย่างเดียว มีการดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอน ทำให้ตระหนักรู้ถึงปัญหาและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับการศึกษาความรู้และความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศกานา[17] พบว่าการสร้างความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ มีความเหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในโรงเรียนชีทวนวิทยาสามัคคี ตำบลชีทวน อำเภอเขื่องในจังหวัดอุบลราชธานี[18] พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองด้านความรู้ ทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ ด้านทักษะชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถใช้ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดพะเยา[19] พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเพศศึกษา และทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีทักษะป้องกันการตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ อยู่ที่ 29.07, 32.3 และ 34.57 ตามลำดับ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ p<.000 เช่นเดียวกับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าโปรแกรมฯ 6 และ 12 สัปดาห์ อยู่ที่ 54.50, 67.30 และ 71.87 ตามลำดับ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ p<.000 อธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักที่ครอบคลุมด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ และการตัดสินใจขอความช่วยเหลือ โดยปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเกิดความมั่นใจบนพื้นฐานทฤษฎีความตระหนัก[10] ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม[11] เชื่อว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) พฤติกรรม 3) สิ่งแวดล้อม ดังนั้นกระบวนการของโปรแกรมฯ เริ่มต้นจาก 1) การประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างถึงความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ 2) ให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชิงสังเกตุ 3) การลงมือปฏิบัติผ่านกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมุติเป็นกลุ่ม รวมทั้งมีการเสริมแรงโดยผู้วิจัย และมีช่องทางการติดต่อผ่านกลุ่มแชท ส่งผลให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ จะเห็นได้จากคะแนนความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองสัปดาห์ที่ 6 และ 12 สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี[20] พบว่า ความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบผลของการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร กรณีศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดกาฬสินธุ์[21] พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการเรียนรู้ปัญญาสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากงานวิจัยผลของโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันในการป้องกันการตั้งครรภ์ของผู้หญิงชาวละติน[22] ติดต่อผ่านช่องทางออนไลน์ โดยได้รับข้อความแจ้งเตือนในการป้องกันการตั้งครรภ์ ผลจากการศึกษาพบว่าที่ 6 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และแนวโน้มในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ดังเห็นได้จากกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมฯ ที่ 6 และ 12 สัปดาห์ มีคะแนนความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกและมีแนวโน้มคะแนนเพิ่มขึ้นตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจ นำไปสู่การสร้างความตระหนักรู้ และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย:

สนับสนุนให้โรงเรียนนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประชาสัมพันธ์ ส่งเสริม การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป:

1. ควรติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมฯ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในระยะยาว

2. ควรปรับรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) ที่เน้นกระบวนการพัฒนา เพื่อได้ค้นหาปัญหาเชิงลึก จากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มผู้ดูแลวัยรุ่น กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้บริหารและครูในโรงเรียน เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลเชิงลึกที่ได้ในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

3. ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมที่มีลักษณะจำเพาะในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่มีแฟน กลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

References

1. Pensirinapa N. Teenage Pregnancy Problems and Comprehensive Sexuality Education. Journal of Community Public Health. 2021;3(7): 1-16. (in Thai).
2. Hoyrat P, & Wongsawat P. Factors Influencing Sexual Intercourse Behaviors among Secondary School Students. Journal of Health and Nursing Research. 2019;36(1): 149-63. (in Thai).
3. Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Health. Annual Report 2020 Bureau of Reproductive Health. Bangkok: Bureau of Reproductive Health. 2020. (In Thai).
4. Tumchuea S, & Pumprayool P. Teenage Pregnancy: Concept of Solving Problems with The District Health System. Health Science Research Journal. 2018;12(2): 29-38. (in Thai).
5. Pasitpakakul P, & Muensit A. Roles of Subdistrict Administrative Organization in Pathum Thani Province in Preventing and Solving Pregnancy Problems in Teenagers. Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences. 2022;5(4): 1675-88. (in Thai).
6. Phalasuek R, Thanomchayathawatch B, & Songloed D. Participatory Action Research: Development of a Participatory Process for Health Promotion in the Community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(2): 211-23. (in Thai).
7. Kontha J, Choteamnuay P, Prasittichok W, & Intanmas U. Guidelines for The Prevention of Teenage Pregnancy in Thailand: A Systematic Synthesis. Ganesha journal. 2019;15(2): 161-73. (in Thai).
8. United Nations Children's Fund (UNICEF). Situation Analysis of Adolescent Pregnancy in Thailand: Synthesis Report 2015.
9. Zhuravleva O, & Helmer J. Teachers' Perceptions and Attitudes Around the Possible Implementation of Sex Education in Schools: Views from Teachers in Kazakhstan's Karaganda Region. Sex Education. 2024;24(2): 154-71.
10. Good VC. Dictionary of Education. Newyork: Mcgraw-Hill Book; 1973.
11. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice–Hall; 1986.
12. Graham CR, Allen S, & Ure D. Blended Learning Environments: A Review of the Research Literature. Unpublished Manuscript Provo UT. 2003.
13. Primary Education Area Office Suratthani District. Educational information report: Group for the Promotion of Distance Education Technology Information and Communication. 2021. (in Thai)
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic Press; 2013.
15. Intarakamhang U, & Khumthong T. Measurement Development of Health Literacy and Unwanted Pregnancy Prevention Behavior for Thai Female Adolescents. Journal of Public Health Nursing. 2017;31(3): 19-38. (in Thai).

16. Brahmawong C. Developmental Testing of Media and Instructional Package. Silpakorn Educational Research Journal. 2013;5(1): 1-20. (in Thai).
17. Ahinkorah BO, Kang M, Perry L, & Brooks F. Knowledge and Awareness of Policies and Programmes to Reduce Adolescent Pregnancy in Ghana: A Qualitative Study among Key Stakeholders. Reproductive Health. 2023;20(143): 1-14.
18. Sonchai N, Jaikarun S, & Loyha K. Health Education Program for Enhancing Life Skills with Social Support for Pregnancy Prevention of Teenagers at Cheetuanwitayasamakee School, Chee Tuan Subdistrict, Khuang Nai District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Ubon Review. 2020; 5(3): 165-78. (in Thai).
19. Chaikoolvatana C, Mornsaeng I, & Chaibarn P. Effectiveness of Teenage Pregnancy Prevention Program in Phayao Province. Nursing Research Innovation Journal.2020;25(3): 340-53. (in Thai).
20. Kansukcharearn A, Pinchaleaw D, & Keskomon T. The Effects of a Self-awareness and Behavioral Skills Development Program on Self-awareness and Repeated Pregnancy Prevention Behaviors in Teenage Mothers, Phetchaburi Province. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2): 248-57. (in Thai).
21. Wichaiyo W, Saipraraj T, Pactchit S, & Ponnakhu S. A Comparison The Effect of Social Cognitive Theory of A Pregnancy Preventive Program at Junior High School Students in Kalasin Province. Research and Development Health System Journal. 2021;14(2): 195-205. (in Thai).
22. Manlove J, Cook E, Whitfield B, Johnson M, Martínez-García G, & Garrido M. Short-Term Impacts of Pulse: An App-Based Teen Pregnancy Prevention Program for Black and Latinx Women. Journal of Adolescent Health. 2020;66(2): 224-32.

การวิจัยเชิงคุณภาพในบทบาทของผู้ประกอบการร้านยาที่มีต่อสุขภาพชุมชนในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทย

Qualitative Research on the Role of Pharmacy Entrepreneurs on Public Health in the Eastern Economic Corridor of Thailand

รจนี คูนาเอก* ชลธิศ ดาราวงษ์
Rojanee Kunaake* Chonlatis Darawong
มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี ชลบุรี ประเทศไทย 20000
Sripatum University at Chonburi Chonburi Thailand 20000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจบทบาทหน้าที่ของผู้ประกอบการร้านยาในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทยที่มีต่อสุขภาพชุมชน และ 2) สำรวจปัจจัยความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยาอย่างยั่งยืน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีจำนวน 20 คน ประกอบด้วย พยาบาลเจ้าของธุรกิจ จำนวน 3 คน เป็นเภสัชกรร้านยา จำนวน 15 คน และผู้จัดการร้านยา จำนวน 2 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) บทบาทของผู้ประกอบการร้านยาแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การจัดการยา การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนในการรับประทานยา การจัดการโรคเรื้อรัง การตรวจสอบและติดตาม และการส่งเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพสาธารณะ และ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยาได้อย่างยั่งยืน มี 8 ปัจจัย ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การรับรองคุณภาพ การบริการลูกค้าและประสบการณ์ การจัดการสต็อก การนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้กับธุรกิจ การขยายบริการ การเข้าร่วมกับชุมชน และการจัดการด้านการเงิน

ข้อเสนอแนะ มีดังนี้ 1) ผู้ประกอบการร้านยาที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิของประเทศไทยควรได้รับการพัฒนาใน 6 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดการยา (2) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (3) การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนในการรับประทานยา (4) การจัดการโรคเรื้อรัง (5) การตรวจสอบและติดตาม และ (6) กิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพชุมชน และเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ประกอบการร้านยาสามารถบริหารจัดการธุรกิจร้านยาให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน 2) ควรเน้นรูปแบบการให้บริการที่สร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมให้ข้อมูลที่เป็นความลับแก่เภสัชกรร้านยา ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และสามารถส่งเสริมสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคให้ดียิ่งขึ้น และ 3) ควรพัฒนาองค์ความรู้เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่และสภาวะแวดล้อมทางธรรมชาติที่เปลี่ยนแปลงไปเช่น สภาวะโลกร้อน การหลอมละลายของน้ำแข็งขั้วโลก และการเปลี่ยนแปลงจากการกระทำของมนุษย์ เช่น ภาวะสงคราม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ภาวะฉุกเฉินจากสารเคมีรั่วไหล เป็นต้น เพื่อเพิ่มความสำเร็จทางธุรกิจของผู้ประกอบการร้านยา และสุขภาพชุมชนที่ดีขึ้นในยุคความปกติใหม่

คำสำคัญ : บทบาทของผู้ประกอบการร้านยา, ปัจจัยความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยา, ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

Corresponding Author * Email: drug.health24@gmail.com

วันที่รับ (Received) 12 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 17 ส.ค. 2567

Abstract

This qualitative research aims to 1) explore the roles and responsibilities of pharmacy entrepreneurs in the Eastern Economic Corridor of Thailand towards public health and 2) to explore the success factors of operating a pharmacy business. There were 20 key informants, consisting of 3 nurses owning business, 15 drugstore pharmacists, and 2 drugstore managers. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using content analysis. Data were collected through in-depth interviews and analyzed by using content analysis.

The results of the research found that 1) the role of pharmacy entrepreneurs is divided into 6 areas, including drug management, health promotion and disease prevention, providing advice of taking medicine, chronic disease management, inspection, and monitoring, and promoting public health activities, and 2) factors that affect the success of sustainable pharmacy business operations. There are 8 factors, including compliance with regulations, quality certification, customer service, stock management, applying technology to business, service expansion, joining the community, and financial management.

The recommendations are as follows: (1) Drugstore operators working in primary care in Thailand should be developed in 6 areas: 1) Drug management, 2) Health promotion and disease prevention, 3) Counseling on medication adherence, 4) Chronic disease management, 5) Monitoring and follow-up, and 6) Community health activities to increase efficiency in community health care and to provide guidelines for drugstore operators to manage their drugstore businesses for sustainable success. (2) Emphasis should be placed on service models that build trust among patients so that patients will provide confidential information to pharmacists, which will increase treatment efficiency and promote community health in disease prevention. (3) Knowledge should be developed to keep up with emerging diseases and changing natural environments, such as global warming, melting of polar ice caps, and changes caused by human activities, such as wars, economic downturns, chemical spill emergencies, etc., to increase drugstore operators' business success and improve community health in the new normal era.

Keywords: Role of Pharmacy Entrepreneurs, Factors for Success in Operating a Drug Store Business, Eastern Economic Corridor

บทนำ

ร้านยามีบทบาทที่สำคัญอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยมีการให้บริการจ่ายยาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมของร้านยาจึงยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข ร้านยาจึงเป็นช่องทางแรกของการเข้าถึงด้านสุขภาพของประชาชนและชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชานเมืองที่สถานพยาบาลอยู่ห่างไกล ร้านยาเหล่านี้ให้บริการในการจ่ายยา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การจัดการโรคเล็กน้อย และการตรวจสอบโรคเรื้อรัง การเข้าถึงร้านยาเหล่านี้ได้ง่ายช่วยให้สามารถดำเนินการด้านสุขภาพได้ทันท่วงที ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันการลุกลามของโรค[1] ขณะเดียวกันร้านยายังจำเป็นต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยที่อาจต้องส่งไปยังสถานพยาบาลอื่นเพื่อรับการรักษาที่ครอบคลุม[2]

อย่างไรก็ตาม ร้านยาในประเทศไทยยังต้องเผชิญกับปัญหาในการดำเนินธุรกิจในหลากหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านกฎระเบียบและข้อบังคับต่างๆ ที่มีความซับซ้อนและไม่มีการบังคับใช้อย่างเพียงพอ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และไม่มีทักษะในการปฏิบัติงาน[3] ส่งผลให้คุณภาพการบริการมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค นอกจากนี้

ร้านยายังขาดการฝึกอบรมวิชาชีพและการศึกษาต่อเนื่อง การขาดการรับรู้เทคโนโลยีดิจิทัล และการขาดการปฏิบัติตามจริยธรรมและการปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย[4] ซึ่งการเก็บรวบรวมและแชร์ข้อมูลที่เพิ่มขึ้น อาจมีการรั่วไหลของข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยไปสู่บุคคลภายนอกได้ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ผู้ประกอบการร้านยาสามารถประเมินสถานการณ์ความไม่แน่นอนของธุรกิจร้านยาในประเด็นต่าง ๆ จนสามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ และกำหนดแนวทางที่เป็นปัจจัยความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยาอย่างยั่งยืนได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับร้านยาในประเทศไทย ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ประกอบการร้านยาไว้หลายเรื่อง เช่น เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในร้านขายยา”[5] รวมถึง “การตัดสินใจเลือกใช้บริการร้านขายยาของผู้บริโภคไทย”[6] และ “บทบาทของเภสัชกรปฐมภูมิในภาครัฐ : การศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทย”[7] เป็นต้น และได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยาไว้เช่นเดียวกัน เช่น เรื่อง “การพัฒนากลยุทธ์การตลาดแนวใหม่สำหรับธุรกิจร้านขายยา”[8] และ “รูปแบบการบริหารธุรกิจร้านขายยาที่มีประสิทธิภาพ”[9] โดยมุ่งเน้นศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ประกอบการร้านยาในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทยที่มีต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนและปัจจัยความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจบทบาทหน้าที่ของผู้ประกอบการร้านยาในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทยที่มีต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน

2. เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านยาเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยาอย่างยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive Qualitative Research) เพื่ออธิบายถึงบทบาทของผู้ประกอบการร้านยาที่มีต่อสุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทย และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยาได้อย่างยั่งยืน โดยเก็บข้อมูลใน 3 จังหวัด คือ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

1. ผู้ประกอบการร้านยา ได้แก่ พยาบาลเจ้าของธุรกิจ อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน

2. เภสัชกรร้านยา อายุตั้งแต่ 26-48ปี ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการร้านยาและมีใบประกอบโรคศิลป์ทางด้านเภสัชกรรม จำนวน 15 คน

3. ผู้จัดการร้านยา อายุตั้งแต่ 30-40 ซึ่งเป็นพนักงานที่มีประสบการณ์ด้านบริหารร้านยาและมีความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี หมายเลข COA. NO. SPUCIRB-2024-010 เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2567 โดยผู้วิจัยรับประกันการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ผลประโยชน์และค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างชัดเจน รวมถึงการตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการใช้รหัสแทนการใช้ชื่อจริงในการเผยแพร่ และเทปบันทึกเสียงผู้ให้สัมภาษณ์จะถูกลบทิ้งเมื่อรายงานผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยกับผู้ประกอบการร้านยา จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) ใช้เวลาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล คนละประมาณ 40 นาที เมื่อสัมภาษณ์เสร็จสิ้นและได้รับข้อมูลครบถ้วนแล้ว รวมถึงการบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกจากสิ่งที่ได้จากการสังเกตุระหว่างการสัมภาษณ์ สะท้อนแนวคิด ความรู้สึกของผู้ร่วมวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาจัดระเบียบและเรียบเรียงประเด็นเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัยไปตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ ด้านความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิช่วยพิจารณาแก้ไขภาษา ตรวจสอบข้อคำถาม

เนื้อหา ถูกต้องเหมาะสม แล้วนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ โดยแบบสัมภาษณ์ได้แบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 บทบาทของผู้ประกอบการร้านยาที่มีต่อสุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่เขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทย และส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยาได้อย่างยั่งยืน ซึ่งมีข้อคำถามที่ชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ โดยกำหนดให้เป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open-ended Question) เพื่อให้ผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างตรงไปตรงมา

2. เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ อุปกรณ์สำหรับบันทึกเสียง และสมุดบันทึกภาคสนาม (Field Note)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และศึกษาเอกสาร (Document Study) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากนั้นนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลง ผู้วิจัยเรียบเรียงเรื่องราวตามประเด็นที่ค้นพบร่วมกับบริบทที่ศึกษามาอธิบายเชิงพรรณนา และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการวิเคราะห์เนื้อหาจะทำให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยมีกลไกหลายอย่างในการสร้างความน่าเชื่อถือ โดยการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) โดยการที่นักวิจัยได้เชิญผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ให้เป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลหลังจากที่ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้วจะส่งบทสัมภาษณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลนั้นถูกต้องและสะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้มีการใช้เทคนิคสามเส้า (Triangulation) โดยวิธีการต่าง ๆ เพื่อตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล (Data Triangulation) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการใช้มุมมองจากแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ (Theory Triangulation) โดยที่นักวิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระและทำการเปรียบเทียบการตีความ ซึ่งจะช่วยลดความลำเอียงและเพิ่มความถูกต้องของผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ประกอบการร้านยา 20 คน เป็นพยาบาลเจ้าของธุรกิจ (Nurse: N) จำนวน 3 คน เป็นเภสัชกรร้านยา (Pharmacist: P) จำนวน 15 คน และผู้จัดการร้านยา (Manager: M) จำนวน 2 คน แสดงผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผู้วิจัยสามารถแบ่งผลการวิจัยเป็น 2 ด้านดังนี้

1. บทบาทของผู้ประกอบการร้านยาที่มีต่อสุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่เขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทย

1.1) การจัดการยา ผู้ประกอบการร้านยาที่เป็นเภสัชกร เป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาด้วยยาและการจัดการยา โดยเภสัชกรร้านยาเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ และการปฏิบัติตัวหรือการดูแลทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการใช้ยา โดยเภสัชกรร้านยาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสภาวะสุขภาพของตน และเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

“การซักประวัติลูกค้า จ่ายยาให้ถูกโรค ถูกคน จ่ายยาแล้วคนไข้หาย คือต้องบอกเลยว่าการที่เราจะใช้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) มันค่อนข้างจะลำบากนะเพราะมันติดเรื่องการโฆษณาต่าง ๆ แต่เราก็ต้องการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ” (P8)

“ระบบของ GPP คือ หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนมันดีอยู่แล้ว ดังนั้นตัวของเภสัชกรร้านยาเองจึงเป็นตัวหลักในการทำให้ธุรกิจร้านยาให้ประสบความสำเร็จและสุขภาพชุมชนดีขึ้น” (M1)

“จุดประสงค์หลักคือไม่ได้สนใจว่าจะมีหลาย ๆ ร้าน ไม่ได้ธุรกิจมาก แต่เงินก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ธุรกิจไปต่อได้ เหมือนเราอยากสร้างร้านยาโมเดลในแบบที่เราอยากได้ ที่จะช่วยเหลือคนไข้ได้จริงๆ” (P6)

“เราก็ฝึกพนักงานในร้าน เพื่อให้ใช้ภาษาได้ดีขึ้น จะได้ให้คำแนะนำที่ถูกต้องมากขึ้น จนพนักงานในร้านต้องไปซื้อหนังสือภาษารัสเซีย ภาษาจีนมาอ่านเพราะกด Google แปลแล้วมันไม่ตรง” (B1)

1.2) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เภสัชกร

ร้านยามีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน โดยเภสัชกรร้านยาจะเป็นผู้ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรการป้องกันตัวเองต่างๆ เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของโรคและเป็นการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

"ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 มีการแนะนำในเรื่องของการฉีดวัคซีนให้เหมาะสมกับสุขภาพของแต่ละคน มีการจัดส่งยาไปที่บ้าน เพื่อลดความแออัดของร้านยาและโรงพยาบาล" (N1)

"เราจะต่างจากคนอื่นตรง เราเป็นพยาบาลวิชาชีพมาก่อน แล้วเราก็มาเปิดร้านยา เราก็ใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ เพื่อดูแลคนไข้ของเราอีกทีหนึ่ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชน เรามองว่าเราดูแลเค้าในระดับดีเยี่ยมเลยนะ" (N2)

1.3) การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนในการรับประทานยา โดยเภสัชกรร้านยามีหน้าที่สนับสนุนการปฏิบัติตนในการรับประทานยา โดยเฉพาะการทำการตรวจสอบยา การระบุอุปสรรคหรือปัจจัยเสี่ยงในการรับประทานยา และการใช้ทักษะของเภสัชกรร้านยาในการติดตามผู้ป่วยให้รับประทานยาตามที่ได้รับมอบหมาย ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

"เภสัชกรเองเราก็ต้องแนะนำคนไข้ในเรื่องการทานยาให้ครบโดส ถูกต้องตามหลัก RDU มีการทำคลิปเพื่อที่จะอธิบายวิธีการกินยาที่ถูกต้องกับประชาชน การโทรศัพท์ติดตามผลการรักษา และตรวจสอบว่าคนไข้ได้กินยาตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอหรือไม่" (P3)

"เรามีการเลือกใช้ยาที่มีคุณภาพและเลือกยาที่ไม่ต้องกินยาวๆ ซ้ำๆ เม็ดเดียวรู้เรื่อง" (N2)

1.4) การจัดการโรคเรื้อรัง เภสัชกรร้านยาเป็นสมาชิกที่สำคัญในทีมด้านการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ เพื่อติดตามสุขภาพของผู้ป่วย ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

"นักท่องเที่ยวจากทั่วโลกได้มาหาซื้อยาโรคประจำตัว ซึ่งมีหลากหลายแบรนด์ แต่เภสัชกรก็ต้องหาแบรนด์ที่มีตัวยาเดียวกันและมีขายในประเทศไทยให้กับคนไข้" (P1)

"เภสัชกรมีการแนะนำให้คนไข้ได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อไม่ต้องพึ่งยามากเกินไป" (P6)

"คนไข้ความดันโลหิตสูง และเป็นริดสีดวงทวารหนัก ก็จะแนะนำวิธีแช่ก้น เพื่อเวลาอุจาระจะได้ไม่ต้องออกแรงเบ่งมาก ไม่เช่นนั้นความดันโลหิตจะสูงขึ้น" (N2)

"บางคนไปรับยาประจำตัวโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลแล้ว แต่เขาก็กลับมาหาเราที่ร้าน เพื่อให้ดูยาที่ได้รับมา เพราะเชื่อใจเรา" (P11)

1.5) การตรวจสอบและติดตาม เภสัชกรร้านยาดำเนินการด้านการตรวจสอบและติดตาม เพื่อระบุและจัดการสภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะแรกหรือในเบื้องต้น ซึ่งอาจรวมถึงการตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้เภสัชกรร้านยายังใช้ความเชี่ยวชาญของตนในการแปรผลการตรวจให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัย แสดงข้อคิดเห็นดังนี้

"เรามีระบบออนไลน์ หรือโทรศัพท์เพื่อติดตามอาการของคนไข้อย่างสม่ำเสมอ เราแนะนำอันตรายจากการใช้ยาตามโฆษณาในโลกอินเตอร์เน็ต เช่น อาหารเสริม ก็อย่าไปเชื่อมากนะ ตรวจสอบก่อนว่ามี อย.ไหม หมดอายุเมื่อไหร่" (P3)

"เราก็ให้ความรู้ในผลิตภัณฑ์อาหารเสริม เช่น การใส่สารไซบูทรามีนลงในอาหารเสริมเพื่อต้องการลดน้ำหนัก การใส่ยากระตุ้นความรู้สึกทางเพศ เช่น Sildenafil ลงในยาสมุนไพร การใส่ยาสเตียร์รอยลงในยาสมุนไพร เพื่อลดอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง" (P14)

1.6) การส่งเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพสาธารณะ เภสัชกรร้านยามีส่วนร่วมในโครงการด้านสุขภาพสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ เภสัชกรร้านยายังมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉินและการตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อให้มั่นใจว่าสุขภาพและความปลอดภัยของชุมชนในช่วงวิกฤติจะถูกดูแลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้เภสัชกรร้านยามีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยา การสนับสนุนการป้องกันและการจัดการโรค และการมีส่วนร่วมในโครงการด้านสุขภาพสาธารณะ ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

"ตอนนี้เราเข้าโครงการร้านยาคุณภาพ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โครงการชุมชนอบอุ่น โครงการรณรงค์งดสูบบุหรี่ โครงการรับยาที่ร้านยา เพื่อดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ลดความแออัดของโรงพยาบาล" (P17)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประกอบ

ธุรกิจร้านยาได้อย่างยั่งยืน

โดยผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของผู้ประกอบการร้านยาให้ยั่งยืน ในประเทศไทยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการอยู่รอดและการเติบโตในส่วนของภาคอุตสาหกรรมยา ดังนี้:

2.1) การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การปฏิบัติตามกฎระเบียบและมาตรฐานที่กำหนด โดยองค์การอาหารและยา (FDA) ของประเทศไทยเป็นองค์กรสำคัญในการกำกับดูแลและให้การปฏิบัติตามกฎหมายในด้านการขอใบอนุญาต การลงทะเบียนผลิตภัณฑ์ และมาตรฐานควบคุมคุณภาพ ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

“ในแง่ของเภสัชกรร้านยา เราไม่มีอำนาจตัดสินใจในการวินิจฉัยโรคขนาดนั้น คือกฎของเภสัชกรคือห้ามจับคนไข้นะ คือเราจะไม่บีบคั้นคนไข้ ไม่คะยั้นคะยอให้ซื้อยา แล้วเราต้องดูว่าเคสไหนฉุกเฉินและเกินกำลังเรา ก็แนะนำให้เค้าไปหาคุณหมอที่โรงพยาบาลดีกว่า” (P1)

“อย่างนึงที่มองว่าจำเป็นคือ การแนะนำกับคนไข้ตรง ๆ ว่าอันนี้จ่ายไม่ได้ อันตราย แนะนำเลยว่าให้ไปตรวจแล็ปก่อน แล็ปไหน ต้องตรวจอะไรเราบอกเลย เราว่าไม่มีที่ไหนทำนะ สอนให้อ่านแล็ปอีก” (P14)

2.2) การรับรองคุณภาพ การรับรองคุณภาพและความถูกต้องของผลิตภัณฑ์เภสัชกรร้านยามีความสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความภักดีของผู้บริโภค ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

“เรื่องจรรยาบรรณ หรือจริยธรรมเบื้องต้นของเภสัช สำคัญนะ คือจบมาก็ต้องมีใบประกอบวิชาชีพ คือมันยากระหว่างจรรยาบรรณกับ Business เหมือนกันนะ แต่ทุกคนควรมี และต้องมี” (P5)

“เภสัชกรร้านยาต้องเป็นตัวหลักในการ success ของ business คือมันเป็นเรื่องจริยธรรมเลยนะ” (P17)

“สำหรับเรา เงินไม่สำคัญเท่าการกลับมา revisit ของคนไข้นะ แล้วพอมาเป็นลูกค้าประจำ แล้วเขากลับมาหาเราบ่อยแค่ไหน” (P6)

2.3) การบริการลูกค้าและประสบการณ์ การให้บริการลูกค้าที่ยอดเยี่ยมสำคัญสำหรับการสร้างความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งระหว่างเภสัชกรร้านยากับผู้ป่วย และสร้างความน่าเชื่อถือ โดยเภสัชกรร้านยาควรให้ความสำคัญกับการมีพนักงาน ภายในร้านที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และมีความรู้มีกระบวนการสั่งจ่ายยาที่มีประสิทธิภาพ และมีการให้บริการดูแลลูกค้า โดยใช้ความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชน ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

“เราเน้นการดูแลลูกค้า เราประเมินความพึงพอใจและอีกเรื่องคือ การใช้อารมณ์ แล้วอีกอย่าง เรามีหลายสาขาในพัทยา หากของร้านเราไม่มี เราหาจากร้านเครือข่ายให้ได้ นั่งรอวัดความดันไม่เกิน 15 นาที เราวิ่งมอไซค์ได้ยาแล้ว เร็วกว่าแอพส้มแน่นอน” (P1)

“คือเราต้องหา Target ให้เจอ และพัฒนาร้านยาให้ตรงกับ Target Group เหล่านั้น” (P5)

“อย่างต่างประเทศ เค้าไม่มีให้กินยาทีสามสี่ตัวเหมือนเรานะ มองว่าเป็นความท้าทายเหมือนกัน คือเราก็อยากออกแบบวิธีการช่วยคนไข้ให้หายแบบครอบคลุมที่สุด” (P1)

“ความมีคุณค่าในตัวเอง การได้ช่วยเหลือคนอื่นก็เป็นสิ่งที่เราต้องเติมในใจตลอดเวลา” (P11)

2.4) การจัดการสต็อก การจัดการสต็อกอย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการปรับระดับสินค้า ลดการสูญเสีย และรักษาความพร้อมในการใช้ยาที่จำเป็น เภสัชกรร้านยาควรใช้ระบบติดตามสต็อก ทำการพยากรณ์ความต้องการอย่างแม่นยำ และสร้างความสัมพันธ์กับผู้จำหน่ายเพื่อลดความซ้ำซ้อนในกระบวนการจัดหาสินค้า ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

“เราต้องเป็นคน Feedback เข้าไปว่าหน้าร้านขาดยาอะไร ก็มีระบบติดตามสต็อก แล้วก็ทำการสั่งซื้อ สั่งยามาเพิ่ม หน้าร้านนี่หละ ตัวสต็อกยาของจริง” (P1)

“เรื่องของระบบ Supply สำคัญมากกับการบริหาร มองว่าการบริหารเป็นสิ่งที่สำคัญ เช่น การบริหารร้านยา การบริหารต้นทุน การบริหารคน การบริหารความสัมพันธ์ของร้านยา การบริหารเงิน การบริหารลูกน้องภายในร้านและการบริหารความสัมพันธ์ของลูกค้า” (P5)

2.5) การนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้กับธุรกิจ เช่น การใช้ระบบสั่งจ่ายอิเล็กทรอนิกส์ และแพลตฟอร์มออนไลน์มาใช้ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ความแม่นยำและความสะดวกสบายสำหรับเภสัชกรร้านยาและผู้ป่วย การลงทุนในโซลูชันดิจิทัลสามารถเสริมกระบวนการกรอกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การจัดการสต็อก และการสื่อสารกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

“ทางร้านมีการทำคลิปวีดีโอเพื่ออธิบายวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องแก่คนไข้” (P8)

"เรามีตัว Line Official นะ ที่คอยตอบลูกค้าหลังจากซื้อยากลับไป หรือมีปัญหามีข้อสงสัยด้านการใช้ยา หรือด้านสุขภาพ มันดีนะตรงที่จะได้กระตุ้นเราด้วยให้เราหาความรู้เพิ่มเติม ไม่ขายยาอย่างเดียว" (P11)

"ใครอย่าคิดว่าโปรโมชั่นเพื่อส่งเสริมการขายไม่สำคัญนะ การออกแบบการตลาด การใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร" (P12)

"เราเหมือนเป็นศูนย์รวม Data base เราใส่ใจกับการจัดทำฐานข้อมูล ทั้งข้อมูลยาในประเทศ ยาต่างประเทศ และข้อมูลลูกค้า" (P1)

2.6) การขยายบริการ การให้บริการที่หลากหลายเกินกว่าการจ่ายยาแบบดั้งเดิม เช่น การจ่ายยาโดยไม่ต้องใช้ใบสั่ง การตรวจสุขภาพ และโปรแกรมสุขภาพ สามารถดึงดูดกลุ่มลูกค้าที่กว้างขวาง การสำรวจโอกาสในการขยายการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของชุมชน ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัย แสดงข้อคิดเห็นดังนี้

"เราขยายการบริการลูกค้า โดยให้มี Telesales คือจะให้ลูกน้อง โทรไปสอบถาม ติดตามอาการ หรือคนไหนหายไปนาน ๆ เราโทรตามแล้ว" (P3)

"ธุรกิจนี้ จริง ๆ มัน Beyond ไปมากกว่าร้านยาได้นะ มันอยู่ตัวจนสามารถขยายมาเป็น house band" (P5)

"เราว่าเราชนะแบรนด์ใหญ่ ๆ ได้นะ ของเค้าสาขาถี่ก็จริง มีการบริการ และสินค้าที่หลากหลายก็จริง แต่เค้าเวียนเภสัชไม่ซ้ำหน้า คืออย่างเราคนเดิม เราจำประวัติคนไข้ได้ไง เราว่าเราได้ใจตรงนี้" (P14)

"ในส่วนของลูกค้าต่างชาติ เขามีการบอกกันแบบปากต่อปากด้วยนะ อันนี้ก็มีผลกับความสำเร็จของเรา เช่น เมื่อก่อนเราสื่อสารกันไม่ได้ เราก็เลยไม่อยากขาย บางทีเค้าต่อราคาหรือเค้าพูดเรื่องสรรพคุณยา เราก็ไม่เข้าใจ มันเลยกลายเป็นความเครียดเมื่อเห็นคนไข้ต่างชาติ เราเลยกลับมาศึกษาเรื่องโรคให้มากขึ้น ศึกษาภาษาให้มากขึ้น" (M1)

"ลูกค้าเพิ่มนะ เพราะเราเป็นพยาบาล เราไม่ใช่แค่ขายยา แต่เราเป็นเหมือนเวชระเบียน เป็นคลังข้อมูล เก็บฐานข้อมูลให้ลูกค้าด้วย" (N1)

2.7) การเข้าร่วมกับชุมชน การมีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพชุมชน การทำงานร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพในท้องถิ่น และการเข้าร่วมในแคมเปญด้านสุขภาพ สามารถทำให้ร้านยาเป็นจุดศูนย์กลางด้านสุขภาพในชุมชน ตลอดจนเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งในชุมชน ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

"เรามีจัดโครงการแจกยาฟรีที่เข้าถึงชุมชน คือให้คนไข้มารับยาเอง คือ ก็จัดในชุมชนนี่แหละ ถือบัตรประชนมา หากมีอาการป่วยเล็กน้อย ก็รับยาฟรี" (P3)

"เราฝังตัวอยู่ในชุมชนมาเป็น 10 ปี จนเค้ารู้แล้วหล่ะว่าเราพูดมากๆ เพราะต้องการอยากให้เค้าหาย" (P17)

"ร้านยาที่จะเติบโตได้ จะแข่งขันได้ดี ก็ร้านยาที่เป็นมิตรกับชุมชนนี่แหละ" (P3)

"เราพยายามสร้างวัฒนธรรมการคุยให้เกิดขึ้น คุยในที่นี้คือ คุยกับลูกค้าในชุมชนนี่แหละ ถึงแม้บางคนเค้ามีออร์เดอร์ยามา เภสัชกรก็ต้องพร้อมคุย" (P3)

2.8) การจัดการด้านการเงิน การจัดการด้านการเงินอย่างรอบคอบ เช่น การจัดทำงบประมาณ มาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย และการดำเนินงานในด้านการรับรายได้ มีความสำคัญสำหรับการรักษาความมั่งคั่งและความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว เภสัชกรร้านยาควรตรวจสอบผลประกอบการทางการเงินอย่างใกล้ชิด ระบุพื้นที่ที่จะประหยัดต้นทุนหรือรายได้ และปรับปรุงกลยุทธ์ในการดำเนินการของร้าน เพื่อรับมือกับความท้าทายทางเศรษฐกิจ ดังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงข้อคิดเห็นดังนี้

"การขายปลีก หลักการเอาตัวรอดคือ การพูดคุยกับคนไข้ ร้านมีกำไรเยอะกว่า แต่หลักการขายส่ง เป็นเรื่องของครบ ราคาถูก แต่กำไรน้อยกว่า" (P1)

"อาชีพของลูกค้าก็มีผลต่อราคายา ร้านยาบางโซนหยิบยามา ลูกค้าตังไม่พอ ก็ต้องเปลี่ยนยาก็มี บางที่ก็จัดยานอกได้เลย เราเองก็พยายามที่จะลดต้นทุนยานะ โดยสั่งยาร่วมกับร้านยาเพื่อนๆ" (M1)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. บทบาทของเภสัชกรที่มีต่อสุขภาพชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบาย บทบาทของเภสัชกรที่มีต่อสุขภาพชุมชน 6 ประเด็น ได้แก่ การจัดการยา โดย ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาด้วยยา และสามารถเป็นผู้ให้คำแนะนำการใช้และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพ ที่กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการเลือกใช้บริการร้านยา 4 อันดับแรก คือ ความสะดวกในการเดินทาง เภสัชกรมีความรู้และให้คำแนะนำได้ดี ราคาเหมาะสม และคุณภาพของยาที่จำหน่าย นอกจากนี้ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การที่เภสัชกรจะเป็นผู้ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรการป้องกัน

ตัวเองต่าง ๆ ตลอดจนการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงของโรค สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพ ที่ว่า บทบาทของเภสัชกรร้านยาในอนาคตคาดว่าจะเป็นไปในเชิงรุกและมีความสามารถในการทำงานแบบบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและมีบทบาททั้งในด้านวิชาชีพและผู้ประสานงานด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนในการรับประทานยา ซึ่งเป็นการใช้ทักษะของเภสัชกรร้านยาในการติดตามผู้ป่วยให้รับประทานยาตามที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการจัดการโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด เป็นต้น เพื่อปรับปรุงการจัดการและการรักษาโรคของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพที่กล่าวถึงวิธีการออกแบบระบบบริการที่ได้ผลดี นอกจากการให้การดูแลรักษาแล้ว ยังทำให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการตนเองในการควบคุมโรคอีกด้วย นอกจากนี้ การตรวจสอบและติดตาม เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และการส่งเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพสาธารณะ โดยเภสัชกรร้านยามีส่วนร่วมในโครงการด้านสุขภาพสาธารณะ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน องค์กรในชุมชน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ ซึ่งสามารถนำเสนอโปรแกรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เช่น การป้องกันโรคติดเชื้อ การป้องกันการใช้ยาประสิทธิภาพต่ำ และการรักษาความปลอดภัยของยา เพื่อให้มั่นใจว่าสุขภาพและความปลอดภัยของชุมชนในช่วงวิกฤติจะถูกดูแลอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพที่กล่าวถึง เภสัชกรว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในการรักษาผู้จัดการโรค และผู้เพิ่มขีดความสามารถด้านสุขภาพแก่ชุมชนและตลอดจนเป็นผู้ดูแลโลจิสติกส์ของยาในชุมชน

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประกอบธุรกิจร้านยาได้อย่างยั่งยืน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกอบธุรกิจร้านยาอย่างยั่งยืน ผู้ประกอบการธุรกิจร้านยาจะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบตามมาตรฐานที่กำหนดขององค์การอาหารและยาประเทศไทย รวมถึง ต้องมีการรับรองคุณภาพและความถูกต้องของผลิตภัณฑ์ โดยทำการตรวจสอบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามเงื่อนไขการเก็บรักษายาที่เหมาะสม ในขณะเดียวกันผู้ประกอบการร้านยาต้องให้ความสำคัญกับเภสัชกรร้านยากับการบริการลูกค้า เนื่องจากเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรร้านยากับลูกค้า พร้อมทั้งควรให้ความสำคัญกับการอบรมพนักงานภายในร้านให้มีมนุษย์สัมพันธ์ดี และมีความรู้ เพื่อให้ลูกค้าเชื่อใจและประทับใจในการบริการ การจัดการสต็อกอย่างมีประสิทธิภาพก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการปรับระดับสินค้า ลดการสูญเสีย และรักษาความพร้อมในการใช้ยาที่จำเป็น เพื่อลดความซ้ำซ้อนในกระบวนการจัดหาสินค้า

อีกปัจจัยที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน คือ การนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการขายยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้มีความแม่นยำ และความสะดวกสบายสำหรับเภสัชกรร้านยาและลูกค้า เช่น ระบบสั่งจ่ายอิเล็กทรอนิกส์ และแพลตฟอร์มออนไลน์ ตลอดจนมุ่งเน้นการให้บริการที่หลากหลาย เนื่องจากในปัจจุบันมีการแข่งขันการผลิตนวัตกรรมทางสุขภาพทั่วโลก เพื่อให้ก้าวทันกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของประชากรโลก ซึ่งสาเหตุและการเจ็บป่วยในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นร้านยาเองจะต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก เพื่อดึงดูดกลุ่มลูกค้าที่กว้างขวางขึ้น เช่น การเพิ่มโปรแกรมการตรวจสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของชุมชนด้วย การมีส่วนร่วมกับชุมชน ให้ความสำคัญกับการพัฒนาชุมชน ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ด้านสุขภาพกับคนในชุมชนและทำงานร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพในท้องถิ่นเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับร้านยา และปัจจัยที่สำคัญในการบริหาร คือ การจัดการด้านการเงิน ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการด้านการเงินอย่างยั่งยืนในระยะยาว

จะเห็นได้ว่าร้านขายยาควรที่จะปรับตัวเรื่องการใช้การตลาดแบบรู้ใจ เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการเข้าถึง ติดต่อ ซื้อขาย และบริหารความสัมพันธ์กับผู้บริโภค สร้างความโดดเด่นด้านคุณภาพการบริการทางเภสัชกรรมผ่านการสร้างความแตกต่างทั้งด้านการสื่อสาร

การให้ข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาความอ่อนไหวด้านราคาของผู้บริโภคในปัจจุบัน มีกิจกรรมเพิ่มมูลค่าทางเภสัชกรรม เช่น การคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามการรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยจากร้านขายยาไปโรงพยาบาลซึ่งรูปแบบการบริหารธุรกิจร้านขายยาที่มีประสิทธิภาพ จะต้องประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้ (1) บริหารองค์กรร้านขายยา (2) การจัดการยาและเวชภัณฑ์ (3) ประสิทธิภาพการบริหารธุรกิจร้านขายยา (4) ผู้ประกอบการธุรกิจร้านขายยาต้องปฏิบัติตามนโยบายรัฐด้านเภสัชกรรม ปรับตัวตามกฎหมายที่มีการพัฒนา และ (5) เลือกใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทันสมัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารองค์กร

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้ประกอบการร้านยา ที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิของประเทศไทยควรได้รับการพัฒนาใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการยา 2) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 3) การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนในการรับประทานยา 4) การจัดการโรคเรื้อรัง 5) การตรวจสอบและติดตาม และ 6) กิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพชุมชน และเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ประกอบการร้านยาสามารถบริหารจัดการธุรกิจร้านยาให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

2. ผู้ประกอบการร้านยา ควรเน้นรูปแบบการให้บริการที่สร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมให้ข้อมูลที่เป็นความลับแก่เภสัชกรร้านยา ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และสามารถส่งเสริมสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคให้ดียิ่งขึ้น

3. ผู้ประกอบการร้านยา ต้องมองการณ์ไกล พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ และสภาวะแวดล้อมทางธรรมชาติที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น สภาวะโลกร้อน การหลอมละลายของน้ำแข็งขั้วโลก และการเปลี่ยนแปลงจากการกระทำของมนุษย์ เช่น ภาวะสงคราม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ภาวะฉุกเฉินจากสารเคมีรั่วไหล เป็นต้น เพื่อเพิ่มความสำเร็จทางธุรกิจของผู้ประกอบการร้านยา และสุขภาพชุมชนที่ดีขึ้นในยุค New Normal

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษา บทบาทของผู้ประกอบร้านยาที่มีต่อสุขภาพชุมชนในภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์ที่สามารถนำไปขยายขอบเขตการในศึกษาให้กว้างมากขึ้นและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของผู้ประกอบการร้านยาให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นต่อไป

References

1. Navarrete J, Hughes C, Yuksel N, Schindel T, Yamamura S, Terajima T, Sriboonruang T, Patikorn C, & Anantachoti P. Community pharmacists' experiences and attitudes towards the provision of sexual and reproductive health services: an international survey. Healthcare. 2023; 11(11): 1-14.
2. Auimekhakul T, Suttajit S, & Suwannaprom P. Pharmaceutical public health competencies for Thai pharmacists: A scoping review with expert consultation. Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy. 2024; 14: 1-23. (in Thai).
3. Watcharadamrongkun A. Creative business network management of the service of the co-operated pharmacy in thailand. (Thesis). Nakornpathom: Silpakorn University; 2021. (in Thai).
4. Raiwong H. Problems relating to the protection of personal health information. (Thesis). Bangkok: Thammasat University; 2016. (in Thai).
5. Tantiwattanakul R. The Pharmacist-Patient Relationship at Drug Store. (Thesis). Mahidol University; 2019. (in Thai).
6. Pithayanukul S, & Chara-um S. The Decision Making of Thai Consumers towards Pharmacies Using. Journal of Business Administration The Association of Private Education Institutions of Thailand. 2017; 6(2): 135-45. (in Thai).
7. Yongpraderm S, & Sornlertlumvanich K. Roles of Primary Care Pharmacists in Public Sector: A Qualitative Study in Thailand. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2018; 10(2): 252-62. (in Thai).
8. Wattanathum K. Modern marketing strategy development for community pharmacy business. (Thesis). Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai).
9. Donse P, Fongtanakit R, & Phajon S. Efficient Business Management Models for Pharmacies. The Journal of Development Administration Research. 2023; 13(4): 1217-32. (in Thai).

10. Pithayanukul S, & Chara-um S. The Decision Making of Thai Consumers towards Pharmacies Using. Journal of Business Administration The Association of Private Education Institutions of Thailand. 2017; 6(2): 135-45. (in Thai).
11. Sattayasomboon T, & Sattayasomboon Y. Hypertension and type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Reviewon the Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020; 7(2): 232-43. (in Thai).
12. Yongpraderm S, & Sornlertlumvanich K. Roles of Primary Care Pharmacists in Public Sector: A Qualitative Study in Thailand. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2018; 10(2): 252-62. (in Thai).
13. Laochai W, Intarakamhang U, & Poonpol P. Development of Health Innovation by Using Design Thinking Process. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(2): 53-60. (in Thai).
14. Wattanathum K. Modern marketing strategy development for community pharmacy business. (Thesis). Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai).
15. Donse P, Fongtanakit R, & Phajon S. Efficient Business Management Models for Pharmacies. The Journal of Development Administration Research. 2023; 13(4): 1217-32. (in Thai).

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

Effects of Stress Management Program on Elderly Nursing Skills of Nursing Students

สกุณ พานิชเจริญนาน[1] วิวัฒน์ เหล่าชัย[2] ฝากจิต รัตนปัญญากร*[1] ดุษฎี ดวงมณี[1]
Sakun Panichjaroennan[1] Wiwat Laochai[2] Farkjit Rattanapanyakorn*[1] Dussadee Duangmanee[1]
[1]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700**
[1]**Faculty of Nursing, Suandusit University, Bangkok, Thailand, 10700**
[2]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900**
[2]**Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand, 10900**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดและทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จำนวน 38 คน คัดเลือกเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามการจัดการความเครียด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .87 และ .90 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดและทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความเครียด สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการความเครียดให้กับนักศึกษา ช่วยเพิ่มความสามารถในการทบทวนความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ทำให้ช่วยลดความเครียด และเพิ่มทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุให้กับนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การจัดการความเครียด, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research was a quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design to compare the stress management and elderly nursing skill scores of nursing students before and after participating in a stress management program. The sample group consisted of 38 second-year nursing students at Suan Dusit University, selected specifically. Data were collected using the elderly nursing skill and stress management questionnaires, with content validity indices of.87 and.90, respectively. The reliability of these instruments was

Corresponding Author: *e-mail: farkjit_rat@dusit.ac.th
This research was funded by a research grant to develop learning. Suan Dusit University, fiscal year 2024

วันที่รับ (received) 4 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 31 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2567

0.85. and 0.89, respectively. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics.

The results showed that after participating in the stress management program, the participants had significantly higher elderly nursing skills and stress management mean scores compared to the baseline ($p< 0.05$). These findings indicate that the stress management program can serve as a guideline for stress management among students, helping to increase their ability to review knowledge and practice of elderly nursing before practicing nursing in the elderly. This can effectively help in reducing stress and enhancing elderly nursing skills among nursing students.

Keywords : Elderly, Stress management, Nursing students

บทนำ

ความเครียดเป็นปัญหาสำคัญของสังคมที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนทั่วโลก ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความเครียดทำให้กล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง และปวดศีรษะ ส่งผลให้ไม่มีสมาธิในการเรียน มีความวิตกกังวล และเกิดโรคซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลต่อด้านอารมณ์ ทำให้หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย [1] จากข้อมูล Mental Health Check- In ของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2563-2567 มีความเครียดสูง ร้อยละ 8.04 มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 9.47 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.39 ผลสำรวจประเด็นสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ปี 2565 จำนวน 9,050 คน พบนักศึกษาไทยมีภาวะเครียด ร้อยละ 40 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30 คิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4 [2]

จากการศึกษาการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลมีทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดมากกว่านักศึกษาสาขาอื่น ซึ่งเป็นสาเหตุของการลาออก การให้คำปรึกษาและความเข้าใจของอาจารย์จะช่วยจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล [3] และการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาล พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้และการสอนที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และการปฏิบัติงานบนคลินิกนำไปสู่ความเป็นทุกข์ทางจิตใจที่มากขึ้นของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาล สร้างความเครียดให้กับนักศึกษาได้ โดยนักศึกษาต้องมีองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง หากมีการช่วยเหลือด้านการจัดการความเครียดจะเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล [4]

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้สูงอายุที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะสุขภาพจิต และมีปัจจัยที่ส่งเสริมความเครียด เช่น ภาวะเศรษฐกิจ การสูญเสียคู่ชีวิต จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง[5] จากสถานการณ์ดังกล่าวนักศึกษาต้องเผชิญความเครียดในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด และการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุช่วยให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง การเพิ่มพูนความรู้และปรับเจตคติมองผู้สูงอายุในเชิงบวกจะช่วยลดความเครียดได้ [6] โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และFolkman ในการออกแบบกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นแนวคิดปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัว [7]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดที่สาเหตุของปัญหา โดยใช้วิธีการฝึก สมาธิและการฝึกนึกคิด และการจัดการความเครียดทางอารมณ์ โดยใช้วิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถช่วยลดความเครียดให้นักศึกษาพยาบาลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม[4] และโปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจภายในของนักศึกษาพยาบาลสามารถเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดให้กับนักศึกษาพยาบาลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม[15] จากที่กล่าวมายังไม่มีงานวิจัยที่กล่าวถึงการจัดการความเครียดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม

มาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมการจัดการความเครียด เพื่อลดความเครียดโดยใช้วิธีกระบวนการกลุ่ม เพื่อสามารถจัดการความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม และสามารถเพิ่มทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

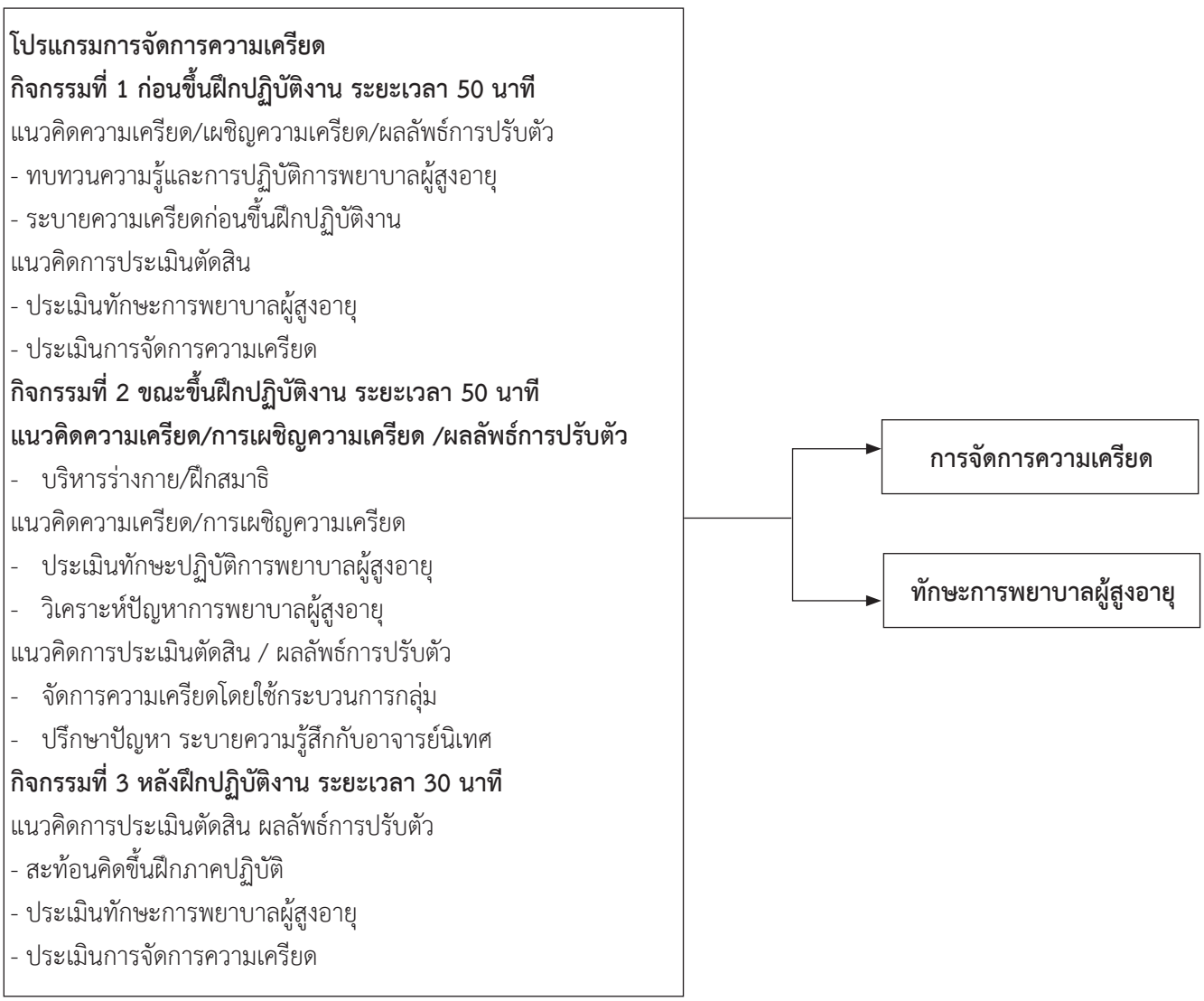
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคะแนนการจัดการความเครียดและทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาคะแนนการจัดการความเครียดและทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดมีคะแนนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดมีคะแนนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด

กรอบแนวคิดในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้นำทฤษฎีความเครียด[7] ประกอบด้วยแนวคิด 4 องค์ประกอบ คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัว ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด สามารถอธิบายได้ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จำนวน 38 คน คัดเลือกเฉพาะเจาะจง จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.29 จากนั้นใช้โปรแกรม G*Power คำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ 34 คน[14] ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ 38 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการ พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 38 คน 2) สามารถสื่อสารได้ปกติ 3) สุขภาพแข็งแรง และ 4) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมจนจบโครงการ และ 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประยุกต์จากทฤษฎีความเครียด[6]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประยุกต์จากทฤษฎีความเครียด[6] และสร้างแบบประเมินทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ การประเมินสภาพผู้รับบริการ การประเมินผลการพยาบาล และพฤติกรรมด้านคุณธรรม จริยธรรม

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด และปัจจัยที่ทำให้ลดความเครียด

2.2 แบบประเมินทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้รับบริการ 9 ข้อ การประเมินผลการพยาบาล 3 ข้อ และการแสดงพฤติกรรมด้านคุณธรรม จริยธรรม 3 ข้อ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 5 (5 คะแนน) หมายถึง ทักษะด้านผู้สูงอายุระดับดีมาก ระดับ 4 (4 คะแนน) หมายถึง ทักษะด้านผู้สูงอายุระดับดี ระดับ 3 (3 คะแนน) หมายถึง ทักษะด้านผู้สูงอายุระดับปานกลาง ระดับ 2 (2 คะแนน) หมายถึง ทักษะด้านผู้สูงอายุน้อย ระดับ 1 (1 คะแนน) หมายถึง มีทักษะด้านผู้สูงอายุระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินการจัดการความเครียด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การจัดการความเครียด แบบมุ่งแก้ไขปัญหา จำนวน 4 ข้อ และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ จำนวน 16 ข้อ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 4 (4 คะแนน) หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการความเครียดเป็นประจำ ปฏิบัติ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์

ระดับ 3 (3 คะแนน) หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการความเครียดเป็นบางครั้ง ปฏิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ระดับ 2 (2 คะแนน) หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการความเครียดนาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ระดับ 1 (1 คะแนน) หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติการทำกิจกรรมการจัดการความเครียด

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และอาจารย์พยาบาล 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยแบบประเมินทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ และแบบประเมินการจัดการความเครียด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .87 และ .90 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s Alpha Coefficient) โดยนำแบบแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ .85 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่ SDU-RDI-SHS 2024-011 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 และขออนุญาตจากอธิการบดี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และการออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้เข้าสู่ระยะดำเนินการเข้าโปรแกรมการจัดการความเครียด และเก็บรวมรวบข้อมูลวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนะนำตัวทีมผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย อธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

2. ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุและแบบประเมินการจัดการความเครียด

3. จัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 กิจกรรมที่ 1 ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ระยะเวลา 50 นาที

แนวคิดความเครียด/เผชิญความเครียด/ผลลัพธ์การปรับตัว

- ทบทวนความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ
- ระบายความเครียดก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

แนวคิดการประเมินตัดสิน

- ประเมินทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุและประเมินการจัดการความเครียด

3.2 กิจกรรมที่ 2 ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ระยะเวลา 50 นาที

แนวคิดความเครียด/การเผชิญความเครียด/ผลลัพธ์การปรับตัว

- บริหารร่างกาย/ ฝึกสมาธิ

แนวคิดความเครียด/การเผชิญความเครียด

- ประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ
- วิเคราะห์ปัญหาการพยาบาลผู้สูงอายุ

แนวคิดการประเมินตัดสิน/ผลลัพธ์การปรับตัว

- จัดการความเครียดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
- ปรึกษาปัญหา ระบายความรู้สึกกับอาจารย์นิเทศ

3.3 กิจกรรมที่ 3 หลังฝึกปฏิบัติงาน ระยะเวลา 30 นาที

แนวคิดการประเมินตัดสิน ผลลัพธ์การปรับตัว

- สะท้อนคิดขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ

4. ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ และแบบประเมินการจัดการความเครียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการจัดการความเครียดและทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ก่อนและหลังการทดสอบ (Paired t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.7 มีอายุเฉลี่ย 20 ปี และเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.00 - 3.50 ร้อยละ 76 สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์ ร้อยละ 23.70 และสาเหตุรอง คือ สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 21.10 ปัจจัยลดความเครียดคะแนนสูงสุด คือ อาจารย์เข้าใจนักศึกษา ร้อยละ 28.90 ปัจจัยรอง คือ การบ้านน้อย ร้อยละ 15.80

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดและทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยใช้สถิติ Paired t-test

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การจัดการความเครียด	35.78	8.16	50.78	13.96	8.15	.001*
ทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ	57.21	6.71	68.24	3.89	10.53	.001*

*p-value <.05

จากตารางที่ 1 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด มีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=8.15 p= .001) ($\bar{X}$= 50.78, SD=13.96) และ ($\bar{X}$= 35.78, SD=8.16) ตามลำดับ และภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะพยาบาลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=10.53, p=.001) ($\bar{X}$= 68.24, SD=3.89) และ ($\bar{X}$=57.21, SD=6.17) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาล ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียด ($\bar{X}$=35.78, SD=8.16) และภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียด ($\bar{X}$=50.78, SD=13.96) พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ซึ่งก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษามีความเครียด และต้องเผชิญกับความเครียด อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการความเครียด ประกอบด้วยแนวคิด 4 องค์ประกอบ คือความเครียด การประเมินตัดสิน การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัว[7] ซึ่งมีขั้นตอนการจัดการความเครียด 3 ระยะ คือ ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ระบายความเครียดกับอาจารย์ผู้นิเทศ ประเมินการจัดการความเครียดสอดคล้องกับการเผชิญกับสถานการณ์จริง นำมาซึ่งความเครียด ความวิตกกังวล กลัว และไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน[11] สิ่งแวดล้อมก็เป็นสาเหตุของ หนึ่งของการทำให้เกิดความเครียดกับนักศึกษา ซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ และความไม่คุ้นเคยกับแหล่งฝึกปฏิบัติ[8] ขณะฝึกปฏิบัติงาน พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลสูงสุด คือการบ้าน และอาจารย์ ซึ่งเกิดจากงานที่ได้รับมอบหมาย และความคาดหวังของอาจารย์ รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างอาจารย์ บุคลากร และเพื่อน[10] การให้คำปรึกษาสามารถช่วยให้นักศึกษาลดความเครียดได้ การให้กำลังใจ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีขวัญ กำลังใจ[9] สนับสนุนให้มีการบริหารร่างกาย ฝึกสมาธิ และการจัดการความเครียดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ระบายความเครียดกับอาจารย์ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว สามารถลดความเครียดและเผชิญความเครียดได้ สอดคล้องกับ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่า กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอน และผู้ใช้บริการบนพื้นฐานความเอื้ออาทร[6] การส่งเสริมความรู้ภาคทฤษฎี รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนบรรยากาศการเรียนรู้ สามารถลดความเครียดให้กับนักศึกษาได้[8] หลังฝึกปฏิบัติ สะท้อนคิดขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ กล่าวถึงสิ่งที่ประสบความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ทำให้นักศึกษาเข้าใจตนเอง ความภาคภูมิใจเป็นการเพิ่มคุณค่าในตนเอง เกิดความสุข สามารถลดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กลุ่มทดลองรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด ความสามารถต่อการจัดการความเครียด ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียด[12]

2. นักศึกษาพยาบาล ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ ($\bar{X}$=57.21, SD= 6.17) และภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ ($\bar{X}$= 68.24, SD=3.89) พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาล

ผู้สูงอายุมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด เนื่องจากโปรแกรมการจัดการความเครียด มีขั้นตอนการจัดการความเครียด 3 ระยะดังนี้ ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน มีการทบทวนความรู้ด้านทฤษฎีและด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุให้กับนักศึกษา และประเมินทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ แนวทางการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก พบว่าปัจจัยความสามารถในการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดสูงสุด เสนอแนะให้อาจารย์ประจำกลุ่มพูดคุยและทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง[8] ขณะฝึกปฏิบัติ นักศึกษาบริหารร่างกาย ฝึกสมาธิ และให้นักศึกษาประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ปัญหาการพยาบาลผู้สูงอายุร่วมกับการจัดการความเครียดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม สอดคล้องกับปัจจัยด้านการเรียนการสอนภาคทฤษฎี และปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับอาจารย์ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนจะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนบรรยากาศเรียนรู้[7] หลังฝึกปฏิบัติ สะท้อนคิดขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ประเมินทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ ทำให้นักศึกษารับรู้ระดับความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของตนเอง

สรุปได้ว่า การจัดการความเครียดโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับอาจารย์นิเทศและเพื่อนในกลุ่ม ช่วยลดความเครียดให้กับนักศึกษาพยาบาล และเพิ่มทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ นักศึกษาสามารถคิดและวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ด้านนโยบาย

1. ควรมีการส่งเสริมให้นำโปรแกรมการจัดการความเครียดกับนักศึกษาพยาบาลทุกรายวิชาปฏิบัติด้านการเรียนการสอน

2. อาจารย์ผู้นิเทศควรเปิดโอกาสให้นักศึกษาระบายความเครียดก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อหาสาเหตุความเครียดและส่งเสริมปัจจัยลดความเครียดให้แก่นักศึกษา เพื่อเพิ่มทักษะการเรียนรู้ในรายวิชาอื่นต่อไปด้านวิชาการ

3. นำโปรแกรมการจัดการความเครียดไปใช้ในรายวิชาภาคปฏิบัติอื่นๆ เพื่อเพิ่มทักษะการเรียนรู้ให้กับนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการความเครียดทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และเปรียบเทียบกับทักษะการเรียนรู้ในรายวิชาที่ได้รับโปรแกรม

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดในรูปแบบแอพพลิเคชั่นในมือถือ เพื่อให้นักศึกษาสะดวกต่อการใช้งาน ทำให้ไม่เกิดความเครียดในรูปแบบต่างๆ ให้มีความหลากหลาย

References

1. Sihawong S. Factors Causing to Stress of Nursing Students, Ubon Ratchathani University. Journal of Health Sciences and Wellness. 2018; 21(42): 93-106.
2. Department of Mental Health, Mental Health Check-in found the mental health situation of Thai people of all ages. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022. (in Thai)
3. Tantalanukul S, & Vongsirimas N. Stress and Management in Nursing Students. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. 2017; 9(1): 81-92. (in Thai)
4. Srinuan P. The effects of stress management program on stress of the nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Chainat. Journal of Health Research and Innovation. 2019; 2(1): 186-95. (in Thai)
5. Sakulkoo P, Ouichareon S, & Khoyun S. Learning Outcomes of the Integration between the Academic Services and Teaching and earning in Gerontological Nursing Course of 2nd Year Nursing Student, Class 27, Borommarajonani College of Nursing, Udon Thani. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2022; 25(1): 71-82. (in Thai)

6. Songsri C. Stress and Coping with stress among nursing students undertaken the Elderly Nursing Practice Course, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani. Nursing, Health, and Education Journal. 2022; 5(3): 13-24. (in Thai)
7. Lazarus RS, & Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company. 1984.
8. Homsombut Y, Aphateeraphong W, & Khakhuen S, Oungsakul L. Stress Management of the First Practice among Nursing Students. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. 2018; 2(3): 48-62. (in Thai)
9. Yoosamran K, Chanaphant S, & Keankarn P. Stress and Stress-coping of Caregivers for Dependent Older Adults, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Jounal. 2021; 16(1): 1–16. (in Thai)
10. Lertsakornsiri M. The Stress, Stress Management of Nursing Students during Practice in the Labor Room. Kuakarun Journal of Nursing. 2015; 22(1): 7-16. (in Thai)
11. Kuewong K, & Uamtani A. Stress of new graduate nurses working in intensive care units. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2): 158-65. (in Thai)
12. Maneechote W, Sirisophon Na, & Boonchuaythanasit K. Effectiveness of the stress management program for professional nurses. In the intensive care unit Phramongkutklao Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1): 84-92. (in Thai)
13. Thanoi W, Kasornsri S, Thavorn T, & Vongsirimas N. Factors Influencing Mindfulness Among Undergraduate Students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2018; 32(2): 130-44. (in Thai)
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2013; Academic press.
15. Prasitsart N, Somprasert C, & Jirarode A. The effects of an intrinsic motivation program on the stress management skill of nursing students. A thesis in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science. In psychiatric and mental health nursing. Faculty of Nursing Thammasart University. Academic Year. 2018; 1-130. (in Thai)

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในชุมชนเมือง: การสะท้อนประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง

Out-of-Hospital Emergency Patient Care in Urban Community: Reflection of Female Emergency Medical Service Nurses' Experiences

อติเทพ ผาติอภินันท์ สุเมษย์ หนกหลัง* พีรเดช ประคองพันธ์
Atithep Patiapinun Sumate Noklang* Peeradet Prakongpan
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10110
Graduate School of Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand 10110

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในชุมชนเมือง โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา และประยุกต์ใช้เทคนิคการศึกษาเหตุการณ์สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพผู้หญิงที่มีประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลกู้ชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษาพบประสบการณ์สำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความนุ่มนวลของผู้หญิงที่สร้างความไว้วางใจกับผู้รับบริการ 2) การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม 3) การจัดการ case ทางสุขภาพจิตโดยพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง และ 4) ความเข้าใจอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีความเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยหญิง ผลการวิจัยนี้ สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในด้านการสร้างความไว้วางใจ การดูแลผู้ป่วยอย่างละเอียดอ่อนต่อวัฒนธรรม การจัดการและความเข้าใจอาการเฉพาะของผู้ป่วยหญิง การเสริมสร้างศักยภาพของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหญิง และการเพิ่มการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พยาบาลกู้ชีพผู้หญิง, การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล, ความละเอียดอ่อนทางเพศ

Abstract

This study aimed to explore the experiences of female emergency medical services (EMS) nurses in providing out-of-hospital emergency care in Urban Community. The study employed the qualitative phenomenology research methodology and applied the Critical Incident Technique for data collection. The informants were 12 female professional nurses with at least two years of experience as EMS nurses in out-of-hospital emergency care. Data were collected through in-depth interviews, observations, and field notes. The data were analyzed using thematic analysis.

Corresponding Autor: sumaten@g.swu.ac.th

วันที่รับ (Received) 4 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 21 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 28 ก.ย. 2567

The findings revealed four key experiential themes: 1) The gentleness of women builds trust with service recipients, 2) Managing emergencies amidst cultural diversity, 3) Handling mental health cases by female EMS nurses, and 4) Understanding emergency symptoms specific to female patient care. The research findings reflect the crucial role of female EMS nurses in the emergency medical system, particularly in building trust, providing culturally sensitive care, and managing and understanding specific symptoms in female patients. Therefore, enhancing the capabilities of female EMS nurses, developing guidelines for female patient care, and increasing training on cross-cultural patient care are essential for improving the efficiency of the emergency medical system.

Keyword: Female Emergency Medical Service Nurses, Out-of-Hospital Emergency Patient Care, Gender Sensitivity

บทนำ

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Emergency Medical Service: EMS) เป็นบริการสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยชีวิตและลดความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยมีบทบาทสำคัญในการประเมิน รักษา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย[1] กระบวนการทำงานประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงและการดูแลระหว่างนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม ทั้งหมดเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง[2]

ในประเทศไทย ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการ สะท้อนจากจำนวนปฏิบัติการฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.4 และจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการดูแลนอกโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.6 ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564[2] ในบริบทของชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานคร การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเผชิญความท้าทายเฉพาะ ทั้งด้านความหนาแน่นของประชากร การจราจรติดขัด และความหลากหลายทางวัฒนธรรม พยาบาลกู้ชีพจำเป็นต้องพัฒนาทักษะเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนในเมืองหลวง[3] อย่างไรก็ตามท่ามกลางความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิชาการ มิติด้านความละเอียดอ่อนทางเพศ และวัฒนธรรมในการให้บริการยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่มีความหลากหลายทางความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม[3] พยาบาลกู้ชีพซึ่งเป็นบุคลากรหลักในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องเผชิญความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ทั้งด้านอาการแสดง สภาพแวดล้อม และวัฒนธรรม[4] การปฏิบัติงานจำเป็นต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และความสามารถในการตัดสินใจภายใต้สภาวะกดดัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้บริการที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ (Gender Sensitivity)[5] ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อในการเจ็บป่วย และแนวทางการดูแลที่หลากหลายตามวัฒนธรรม มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้พยาบาลสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ นำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพ[6]

การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าเพศของผู้ให้บริการสุขภาพมีผลต่อความไว้วางใจและความร่วมมือของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการความละเอียดอ่อนทางเพศหรือวัฒนธรรม[4,6] ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยหญิงมักแสดงอาการและตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างจากผู้ป่วยชาย ซึ่งอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยในภาวะฉุกเฉิน[7,8] แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลกู้ชีพหญิงในบริบทของสังคมไทย ด้วยเหตุนี้ การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์ประสบการณ์ของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ผลการศึกษาจะช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลกู้ชีพหญิง และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่คำนึงถึงมิติทางเพศและวัฒนธรรม เพื่อยกระดับคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของชุมชนเมืองขนาดใหญ่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในชุมชนเมือง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (hermeneutic phenomenology) บนพื้นฐานตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ (Heidegger)[9] และประยุกต์ใช้เทคนิคการศึกษาเหตุการณ์สำคัญ (Critical Incident Technique) ของแฟลนาแกน (Flanagan)[10] ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือเหตุการณ์ที่มีความสำคัญในบริบทของการศึกษาโดยมุ่งเน้นที่การเก็บข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูล (key informant) ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพผู้หญิงที่มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลกู้ชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานคร ไม่น้อยกว่า 2 ปี และ 2) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ตลอดระยะเวลาการวิจัย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลมีความอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12 คือ ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำ ๆ กับข้อมูลเดิมและไม่พบประเด็นใหม่เกิดขึ้น[11]

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-662162 วันที่ 2 มกราคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล ก่อนขอความยินยอมและเริ่มเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ขอหยุดการบันทึก ปฏิเสธตอบคำถาม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นและนำเสนอผล ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ควบคู่กับการสังเกตพฤติกรรมและอากัปกิริยาของผู้ให้ข้อมูล โดยมีการบันทึกเสียงและจดบันทึกระหว่างการสนทนา การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาโดยเฉลี่ย 40 นาที และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเฉลี่ยรายละ 1-2 ครั้ง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 76 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2567 และสิ้นสุดในวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัย คือ เครื่องมือที่สำคัญที่สุดซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง[12] โดยได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากนี้ ยังใช้เครื่องมืออื่น ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ยืดหยุ่นตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล แบบบันทึกภาคสนามสำหรับจดรายละเอียดต่างๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ และเครื่องบันทึกเสียงโดยใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อบันทึกการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทดลองใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริง โดยไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาจริง จำนวน 2 ราย เพื่อทำการประเมินความเป็นไปได้ในการสัมภาษณ์ ความชัดเจนของข้อคำถามที่สร้างขึ้น และปัญหาอุปสรรคในการสัมภาษณ์ หากพบว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจะปรับปรุงแนวคำถามและทดลองใช้อีกครั้ง เพื่อให้สามารถดึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้จนข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) พร้อมทั้งเป็นการฝึกทักษะต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (thematic analysis) ผ่านแนวคิดการพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ (gender sensitive nursing) คือ ปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงถึงความตระหนักรู้ด้านเพศภาวะ[5] โดยเริ่มจากการถอดเทปสัมภาษณ์และตรวจสอบความถูกต้อง ผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง แล้วกำหนดรหัสให้กับข้อความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล จากนั้นนำรหัสมาจัดกลุ่มเป็นประเด็นย่อยและวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อสร้างประเด็นหลัก โดยเน้นการสะท้อนบทบาทเฉพาะ

ของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง ผู้วิจัยทบทวนและปรับแต่งประเด็นให้สอดคล้องกับข้อมูลทั้งหมด พร้อมกำหนดชื่อและคำอธิบายที่ชัดเจนสำหรับแต่ละประเด็น สุดท้าย นำประเด็นมาเรียบเรียงเป็นเรื่องราวที่เชื่อมโยงกัน พร้อมคัดเลือกบทสนทนาที่สะท้อนประสบการณ์สำคัญของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงมาสนับสนุนการวิเคราะห์ดำเนินไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวและไม่พบประเด็นใหม่[13]

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ตามเกณฑ์ของ Guba และ Lincoln[14] โดยใช้วิธีการดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ใช้การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทุกรายยืนยันความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) นำเสนอข้อมูลอย่างละเอียดครอบคลุม เพื่อให้ผู้สนใจสามารถพิจารณาการประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน และ 3) ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วยการบันทึกเสียง ถอดคำแบบคำต่อคำ และจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งใช้การอ้างอิงคำพูด (direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลประกอบการนำเสนอผลการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยพบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงสะท้อนเรื่องราวประสบการณ์ 4 ประเด็นดังนี้

1. ความนุ่มนวลของผู้หญิงที่สร้างความไว้วางใจกับผู้รับบริการ

การทำงานในสายอาชีพพยาบาลกู้ชีพเป็นการทำงานที่ต้องการความสามารถและทักษะที่หลากหลาย โดยเฉพาะเมื่อปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่ต้องการความรวดเร็ว ความแม่นยำ และความละเอียดอ่อนในการดูแลผู้ป่วย การสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน การแสดงออกถึงความนุ่มนวลผ่านน้ำเสียง ท่าทาง และการสัมผัสที่อ่อนโยน ช่วยลดความกังวลและสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ การที่ผู้หญิงเข้ามามีบทบาทในสายงานนี้สามารถนำความอ่อนโยนและความนุ่มนวลมาผสมผสานกับทักษะ ความรู้ทางการแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์

“....ได้รับแจ้งเหตุคุณยายอายุ 78 ปี ตกบันได ขาซ้ายผิดรูปเมื่อถึงที่เกิดเหตุ พบคุณยายนอนร้องครวญครางด้วยความเจ็บปวด ไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้ชายแตะต้องขาเพื่อดาม บอกว่ากลัวเจ็บเพราะมือหนัก เราจึงเข้าไปพูดคุย ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล อธิบายขั้นตอนการดามขาอย่างละเอียด แล้วค่อยๆ ลงมือด้วยความระมัดระวัง คุณยายสงบลงและยอมให้ทำ ท่านบอกว่ารู้สึกโล่งใจที่เป็นพยาบาลผู้หญิง เพราะมือเบากว่าและรู้สึกปลอดภัย” (ID5)

ความอ่อนโยนและนุ่มนวลเป็นคุณลักษณะสำคัญที่พยาบาลผู้หญิงใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ผู้ป่วยมักมีความกลัวและเครียดสูง การสื่อสารด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและท่าทีอบอุ่นช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ความอ่อนโยนมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเด็กโดยใช้น้ำเสียงและท่าทีที่เป็นมิตร ส่งผลให้เด็กยอมรับการรักษาได้ง่ายขึ้น ความเป็นผู้หญิงช่วยให้พยาบาลเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยเด็กได้ดี ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น

“....ฉันต้องช่วยเหลือเด็กผู้ชายอายุ 8 ขวบที่ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ เด็กตื่นกลัวมากและไม่ยอมให้ใครเข้าใกล้ ฉันค่อย ๆ นั่งข้าง ๆ พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและท่าทีเป็นมิตร หนูกลัวใช่ไหมลูก พี่เข้าใจนะ แต่พี่อยากช่วยหนูให้รู้สึกดีขึ้น (แล้วฉันก็ค่อย ๆ จับมือเด็กผู้ชายเบา ๆ) เราลองหายใจลึก ๆ ด้วยกันไหมจ๊ะ เขาก็เริ่มสงบและยอมให้ฉันทำการปฐมพยาบาล” (ID11)

2. จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ความหลากหลายทางวัฒนธรรมส่งผลต่อการให้บริการทางการแพทย์ทั้งด้านการสื่อสาร ความเชื่อเรื่องสุขภาพ และการยอมรับการรักษา พยาบาลกู้ชีพผู้หญิงแสดงความสามารถในการปรับตัวและจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินท่ามกลางความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยเคารพขนบธรรมเนียมและความเชื่อของผู้ป่วย ขณะยังคงรักษามาตรฐานการพยาบาลฉุกเฉิน ในกรณีผู้ป่วยหญิงมุสลิมหรือแม่ชี ทีมแพทย์ต้องเข้าใจวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือมีประสิทธิภาพและไม่ละเมิดความเชื่อ โดยเฉพาะในประเด็นที่ผู้หญิงสามารถถูกเนื้อต้องตัวได้เฉพาะกับผู้หญิงหรือญาติ ควรใช้บุคลากรทางการแพทย์ผู้หญิงในการตรวจร่างกายหรือรักษาเบื้องต้น หากไม่มีบุคลากรผู้หญิงเพียงพอ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อขอความยินยอม

เป็นสิ่งสำคัญ ที่สร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในการรักษา โดยไม่ละเมิดความเชื่อของผู้ป่วยและไม่ละเลยความจำเป็นทางการแพทย์

"....ได้รับแจ้งเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยหญิงมุสลิมหัวใจหยุดเต้นที่บ้าน ทีมกู้ชีพต้องเริ่ม CPR ทันทีเพื่อช่วยชีวิต การทำ CPR บนพื้นฐานของความเคารพในวัฒนธรรมและศาสนาเป็นสิ่งสำคัญ หากมีบุคลากรผู้หญิงในทีม เราจะให้เป็นผู้ทำ CPR ก่อน พร้อมทั้งใช้ผ้าคลุมเพื่อปกปิดร่างกายผู้ป่วยให้มากที่สุดขณะเปิดหน้าอกเพื่อทำ CPR หากไม่มีบุคลากรผู้หญิง ควรสื่อสารกับครอบครัวและขอความยินยอมในการดำเนินการเพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างราบรื่นและยังเคารพความเชื่อของผู้ป่วย" (ID3)

อาการปวดเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยในการปฏิบัติงานฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การแสดงออกถึงความเจ็บปวดแตกต่างกันตามวัฒนธรรม เชื้อชาติ และชาติพันธุ์ บางวัฒนธรรมมองการแสดงความเจ็บปวดเป็นความอ่อนแอ ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธหรืออดทน ขณะที่บางวัฒนธรรมให้คุณค่ากับการแสดงออกเพื่อขอความช่วยเหลือพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงจึงต้องมีทักษะในการประเมิน ซักประวัติ และสื่อสารอย่างละเอียดอ่อนร่วมกับความเข้าใจทางวัฒนธรรม เพื่อเข้าถึงข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับอาการปวดของผู้ป่วย ทักษะนี้มีความสำคัญโดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยหญิงจากวัฒนธรรมหรือศาสนาที่มีข้อจำกัดในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศ ซึ่งผู้ป่วยอาจรู้สึกสบายใจกว่าเมื่อได้รับการตรวจจากพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง

".... แม่ชี อายุ 45 ปี มีอาการปวดท้อง ไข้สูง เมื่อทีมกู้ชีพมาถึง ท่านบอกปวดท้องไม่มาก (pain score 3) แต่สีหน้าบ่งบอกถึงความเจ็บปวดมาก ท่านปฏิเสธการตรวจร่างกาย เนื่องจากไม่สะดวกใจ เราพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงคนเดียวในทีม จึงแยกคุยกับท่านตามลำพัง อธิบายความจำเป็น และเสนอวิธีตรวจที่รักษาความเป็นส่วนตัว โดยใช้ผ้าคลุมระหว่างการตรวจ การเข้าใจวัฒนธรรมและการสื่อสารอย่างละเอียดอ่อนช่วยให้เราดูแลท่านได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที" (ID6)

3. การจัดการ case ทางสุขภาพจิตโดยพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง

พยาบาลกู้ชีพผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในการจัดการ case ทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยหญิงที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งต้องการความละเอียดอ่อนและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไวต่อการสัมผัสและการสื่อสาร การใช้ความอ่อนโยนในการพูดคุยและการให้เวลาสร้างความไว้วางใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลกู้ชีพผู้หญิงมีความได้เปรียบ เนื่องจากผู้ป่วยหญิงมักรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจมากขึ้นเมื่อได้รับการดูแลจากผู้หญิงด้วยกัน ส่งผลให้การประเมินและดูแลครอบคลุม ลดความเสี่ยงของการเกิดบาดแผลทางจิตใจซ้ำ และช่วยให้การดูแลในสถานการณ์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยในระยะยาว

".... ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อการข่มขืน เรามักพบว่าพวกเขาปฏิเสธการช่วยเหลือในช่วงแรก ไม่ยอมให้ใครเข้าใกล้หรือถูกตัว แต่เมื่อพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงอย่างเราเข้าไปพูดคุย สถานการณ์มักจะดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจมากขึ้น ยอมให้เราเข้าไปดูแลใกล้ชิด ทำให้เราสามารถประเมินอาการและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม" (ID12)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานการณ์ฉุกเฉินต้องใช้ความเข้าใจและความอ่อนโยนในการสื่อสาร พยาบาลกู้ชีพผู้หญิงสามารถใช้ความเป็นมิตรในการพูดคุยและสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยได้ดี การให้ความสำคัญกับความรู้สึกและการรับฟังอย่างตั้งใจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลและความสนใจ นอกจากนี้ พยาบาลกู้ชีพผู้หญิงยังมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะวิกฤต โดยใช้ทักษะในการลดความตึงเครียดและคลี่คลายสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความชำนาญในการประเมินอาการทางจิตและพฤติกรรมที่อาจบ่งชี้ถึงภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชทำให้สามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

"...เราเคยเจอเคสผู้ป่วยจิตเวชหญิงสำลักก้างปลา ผู้ป่วยกลับไม่ยอมให้ทีมอาสาสมัครผู้ชายเข้าใกล้หรือช่วยเหลือเลย เธอแสดงอาการหวาดกลัวและปฏิเสธการรักษา แต่พอเราเข้าไปพูดคุย ด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน และรับฟังความกังวลของเธอ ผู้ป่วยเริ่มสงบลง ยอมรับฟัง และให้ความร่วมมือในการรักษา เราสามารถประเมินอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างรวดเร็ว และจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม มันแสดงให้เห็นว่าบางครั้งการมีพยาบาลกู้ชีพหญิงในทีมก็สามารถเปลี่ยนสถานการณ์ที่ตึงเครียดให้คลี่คลายลงได้" (ID1)

4. ความเข้าใจอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีความเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยหญิง

การเข้าใจอาการและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหญิงมีความสำคัญ เนื่องจากมีความแตกต่างเฉพาะที่อาจทำให้การ

วินิจฉัยเบื้องต้นยากลำบาก โดยเฉพาะในกรณีโรคหัวใจ ผู้ชายมักมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นหลัก ขณะที่ผู้หญิงอาจมีอาการเพิ่มเติม เช่น อ่อนเพลีย ปวดหลัง ไหล่ หรือต้นคอ และอาจทนความเจ็บปวดได้มากกว่า ทำให้อาการไม่ชัดเจน พยาบาลกู้ชีพผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในการเข้าใจและตอบสนองต่ออาการเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีประสบการณ์และความเข้าใจเชิงลึกในสุขภาพของผู้หญิง สามารถประเมินอาการได้ละเอียด โดยไม่ละเลยอาการที่อาจดูเล็กน้อยแต่บ่งชี้ถึง ปัญหาสุขภาพที่รุนแรง การตระหนักถึงความแตกต่างนี้ช่วยให้การวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยหญิงมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการการประเมินอย่างรวดเร็วและแม่นยำ

“....รับแจ้งผู้ป่วยหญิงเจ็บแน่นหน้าอก ทีมพยาบาลผู้ชายประเมินเบื้องต้นว่าเป็นกรดไหลย้อน แต่จากประสบการณ์ของเรา ผู้ป่วยหญิงมักมีอาการแตกต่างจากผู้ชาย อาการเจ็บหน้าอกอาจไม่ชัดเจน และมักมีอาการอื่นร่วมด้วย จึงตัดสินใจทำ EKG 12 lead พบว่าเป็น ST elevate MI ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที กรณีนี้แสดงให้เห็นว่าการประเมินอาการในผู้ป่วยหญิงต้องละเอียดรอบคอบ เพราะบางครั้งอาการที่ดูไม่รุนแรงอาจซ่อนภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน” (ID7)

ในกรณีฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์หรือปัญหาสุขภาพเฉพาะของผู้หญิง เช่น อาการปวดท้องคลอด ภาวะช็อกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด พยาบาลผู้หญิงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลผู้หญิงสามารถใช้ความเข้าใจในสรีรวิทยาของผู้หญิงและประสบการณ์ส่วนตัวในการประเมินอาการและให้การช่วยเหลือได้อย่างละเอียดอ่อนและเหมาะสม การสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่ออธิบายสถานการณ์ และความเข้าอกเข้าใจของพยาบาลผู้หญิงมักจะดีกว่าพยาบาลผู้ชาย สิ่งนี้ช่วยสร้างความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่จะเปิดเผยข้อมูลสำคัญและยอมรับการรักษา ส่งผลให้การดูแลในภาวะฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยหญิงได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

“.... ตอนนั้นรับแจ้งเหตุคลอดฉุกเฉินที่บ้าน พอไปถึงเห็นว่าคนท้องกำลังตื่นตระหนก ร้องเจ็บท้องกระสับกระส่าย เรารู้สึกเลยว่าเธอโล่งใจทันทีที่เห็นเราเป็นผู้หญิง เราเข้าไปจับมือเธอ พูดให้กำลังใจ และอธิบายว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง ด้วยความที่เป็นผู้หญิงเหมือนกัน เราเข้าใจความกลัวและความเจ็บปวดที่เธอกำลังเผชิญ เราสอนวิธีหายใจ บอกท่าที่จะช่วยให้สบายขึ้น และคอยบอกว่าทุกอย่างกำลังดำเนินไปด้วยดี เพื่อนร่วมทีมชายก็ช่วยเตรียมอุปกรณ์และคอยส่งของให้เรา แต่เรารู้สึกว่าคนท้องสบายใจที่ให้เราเป็นคนดูแล โดยเฉพาะตอนต้องตรวจภายในหรือดูว่าเด็กกำลังจะออกมาหรือยัง” (ID2)

การอภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงในบริบทชุมชนเมืองที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยเฉพาะความหนาแน่นประชากร ความซับซ้อนของสภาพแวดล้อม และความหลากหลายทางสังคมวัฒนธรรม ล้วนส่งผลต่อการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน[3] ผู้วิจัยสังเคราะห์ประเด็นสำคัญเพื่ออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ความนุ่มนวลของพยาบาลผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า คุณลักษณะดังกล่าวช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและเด็ก ซึ่งมักรู้สึกเปราะบางและไม่มั่นคงในสถานการณ์ทางการแพทย์การใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ท่าทางอ่อนโยน และการสัมผัสที่ระมัดระวัง มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับศึกษาที่พบว่า ความไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นรากฐานสำคัญของการดูแลที่มีประสิทธิภาพ[15] โดยเฉพาะในภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนไหว การศึกษาอื่นๆ ยังยืนยันว่า ความเห็นอกเห็นใจและความไว้วางใจเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ[16] ซึ่งสอดรับกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ในสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความเครียดสูง บุคลากรหญิงมักมีความสามารถพิเศษในการสร้างความไว้วางใจและช่วยให้ผู้ป่วยบางกลุ่มรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น การแสดงออกถึงความนุ่มนวลของพยาบาลผู้หญิงไม่เพียงแต่เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย แต่ยังส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอีกด้วย[17] ยิ่งไปกว่านั้น งานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบทางเพศต่อการปฏิเสธความช่วยเหลือทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาลให้ข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่าการมีเจ้าหน้าที่ผู้หญิงในทีมช่วยลดอัตราการปฏิเสธ และเพิ่มการยอมรับการรักษาในสถานการณ์ฉุกเฉิน[18]

การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรมเป็นความท้าทายสำคัญในการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในสังคมพหุวัฒนธรรม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้บริการที่คำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

ลดความขัดแย้ง และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[19,20] ในบริบทนี้ บทบาทของพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยมุสลิม การเคารพความเชื่อทางศาสนา เช่น การสัมผัสระหว่างเพศ เป็นประเด็นสำคัญ อีกทั้งการใช้บุคลากรทางการแพทย์ผู้หญิงในการดูแลผู้ป่วยหญิงมุสลิมไม่เพียงช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยอีกด้วย[21] นอกจากนี้ การรับรู้และการแสดงออกถึงความเจ็บปวดที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมเป็นอีกประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ความเข้าใจในความแตกต่างนี้ช่วยให้บุคลากรสามารถประเมิน และจัดการความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม[22] อีกประเด็นที่มีความสำคัญเช่นกัน คือ การสร้างสมดุลระหว่างความจำเป็นทางการแพทย์และการเคารพความเชื่อทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะในประเด็นของการรักษาความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การเคารพในความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยไม่เพียงเพิ่มความไว้วางใจ แต่ยังส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ ประสิทธิภาพของการสื่อสารมีความสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะเมื่อมีข้อจำกัดทางวัฒนธรรม[23,24] ดังนั้น การตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการปรับการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นกุญแจสำคัญในการยกระดับคุณภาพการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในสังคมพหุวัฒนธรรม[25]

การจัดการกรณีทางสุขภาพจิตโดยพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยหญิงที่ประสบเหตุล่วงละเมิดทางเพศและผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าความสามารถในการสร้างความไว้วางใจและบรรยากาศที่ปลอดภัย ส่งผลดีต่อการประเมินและการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[26] ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงที่เป็นเหยื่อความรุนแรงทางเพศมีแนวโน้มที่จะเปิดเผยข้อมูลและยอมรับความช่วยเหลือจากบุคลากรหญิงมากกว่า ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านเพศในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง อย่างไรก็ตาม นอกจากปัจจัยด้านเพศ ทักษะเฉพาะตัวของพยาบาลกู้ชีพหญิงก็มีส่วนสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสื่อสารอย่างอ่อนโยนและความสามารถในการสร้างความไว้วางใจ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ[27] การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความละเอียดอ่อนและความเข้าอกเข้าใจ ในการนี้ พยาบาลกู้ชีพหญิงมักใช้วิธีการที่หลากหลายในการสร้างความสัมพันธ์ อาทิ การพยายามลดช่องว่างระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การกำหนดขอบเขตที่ชัดเจน และการแสดงความเคารพและใส่ใจ วิธีการเหล่านี้ล้วนมีเป้าหมายเพื่อสร้างความไว้วางใจ ซึ่งนับเป็นรากฐานสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทางจิต และยังช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาอีกด้วย[28]

ความเข้าใจอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีความเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยหญิงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกรณีของโรคหัวใจและภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในการประเมินและตอบสนองต่ออาการที่อาจแตกต่างหรือไม่ชัดเจนในผู้ป่วยหญิง ในส่วนของโรคหัวใจ การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้หญิงและผู้ชาย[8,29] โดยพบว่าผู้ป่วยหญิงมักมีอาการของโรคหัวใจที่แตกต่างจากผู้ชาย กล่าวคือ อาจไม่แสดงอาการเจ็บหน้าอกที่ชัดเจน แต่มีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย ทั้งนี้ ความสามารถของพยาบาลกู้ชีพหญิงในการตระหนักถึงความแตกต่างนี้ และตัดสินใจตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยหญิงอย่างเฉพาะเจาะจง[7] นอกจากนี้ การศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารและการสร้างความไว้วางใจในสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ โดยพบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีผลอย่างมากต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า พยาบาลที่สื่อสารอย่างเคารพสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความปลอดภัย และความมั่นใจในความสามารถทางคลินิกได้ ในทางตรงกันข้าม การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพอาจส่งผลให้ผู้ป่วยหญิงรู้สึกถูกละเมิดสิทธิได้ ความสามารถของพยาบาลกู้ชีพหญิงในการสร้างความไว้วางใจและความสบายใจให้กับผู้ป่วยในสถานการณ์คลอดฉุกเฉินนั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของมิติทางเพศในการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน[30,31]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลกู้ชีพผู้หญิงมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหญิงในสถานการณ์วิกฤต เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหญิงในภาวะวิกฤต เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์

2. จากข้อค้นพบว่าพยาบาลกู้ชีพผู้หญิงมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล ควรส่งเสริมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันประเมินอาการ ระบบ GPS และระบบสื่อสารทางไกล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจและความไว้วางใจของผู้ป่วย ระหว่างทีมปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีและไม่มีพยาบาลกู้ชีพผู้หญิง โดยเน้นกรณีการดูแลผู้ป่วยหญิงที่มีปัญหาทางจิตใจหรือเป็นเหยื่อความรุนแรงทางเพศ เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความเชื่อมั่นที่ผู้ป่วยมีต่อทีมปฏิบัติการ

2. ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกและความเข้าใจทางวัฒนธรรมของพยาบาลกู้ชีพ โดยสร้างโปรแกรมฝึกอบรมที่บูรณาการทั้งสองด้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

References

1. Al-Shaqsi S. Models of international emergency medical service (EMS) systems. Oman Medical Journal. 2010; 25(4): 320-3.
2. National Institute for Emergency Medicine. Situations and trends in health and emergency medicine (World Class and Thailand) [Report]. Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2022. (in Thai)
3. Nilsang S, & Yuangyai C. Activity detection for multi-factors of ambulance demand areas: A case study in Bangkok. American Institute of Physics Conference Proceedings. 2021; 2397(1): 1-11.
4. Rungreangkulkij S, & Kotnara I. Integrated gender in disaster management for Nurses. Songklanagarind Journal of Nursing. 2013; 33(1): 1-9. (in Thai)
5. Chirawatkul S. Gender Sensitiveness in Nursing Practice. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020; 35(3): 5-16. (in Thai)
6. Peimani M, Stewart AL, Garmaroudi G, Shakibazadeh E, & Nasli-Esfahani E. The impact of gender patient-physician concordance on interpersonal processes of care and patients' outcomes in the diabetes care setting. Patient Education and Counseling. 2023; 106(1): 68-74.
7. Leifheit-Limson EC, D'Onofrio G, Daneshvar M, Geda M, Bueno H, Spertus JA, et al. Sex differences in cardiac risk factors, perceived risk, and health care provider discussion of risk and risk modification among young patients with acute myocardial infarction: the VIRGO study. Journal of the American College of Cardiology. 2015; 66(18): 1949-57.
8. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, et al. Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction: evidence from the VIRGO study (variation in recovery: role of gender on outcomes of young AMI patients). Circulation. 2018; 137(8): 781-90.
9. Horrigan-Kelly M, Millar M, & Dowling M. Understanding the key tenets of Heidegger's philosophy for interpretive phenomenological research. International Journal of Qualitative Methods. 2016; 15(1): 1-8.
10. Flanagan JC. The critical incident technique. Psychological Bulletin. 1954; 51(4): 327-58.
11. Podhisita C. The art and science of qualitative research. 9th ed. Bangkok: Chula Press; 2021. (in Thai)
12. Berger R. Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. Qualitative Research. 2015; 15(2): 219-34.
13. Campbell KA, Orr E, Durepos P, Nguyen L, Li L, Whitmore C, et al. Reflexive thematic analysis for applied qualitative health research. The Qualitative Report. 2021; 26(6): 2011-28.
14. Guba EG, & Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage; 1989.

15. Gastmans C, & Dinc L. Trust in Nurse-Patient Relationships: A Literature Review. Nursing Ethics. 2013; 20(5): 501-16.
16. Bramley L, & Matiti M. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. Journal of Clinical Nursing. 2014; 23 (19-20): 2790-9.
17. Asghari E, Dadashzadeh A, Sarbakhsh P, & Aziznejhad E. Engagement of female staff in prehospital emergency medical services from the perspective of service recipients: development and psychometric testing of the scale. Journal of Research and Applied Basic Medical Sciences. 2024; 10(1): 35-46.
18. Waldron R, Finalle C, Tsang J, Lesser M, & Mogelof D. Effect of gender on prehospital refusal of medical aid. Journal of Emergency Medicine. 2012; 43(2): 283-90.
19. Jongen C, McCalman J, & Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BioMed Central Health Services Research. 2018; 18(1): 1-15.
20. Cai D, Kunaviktikul W, Klunklin A, Sripusanapan A, & Avant PK. Developing a cultural competence inventory for nurses in China. International Nursing Review. 2017; 64(2): 205-14.
21. Padela AI, & Punekar IR. Emergency medical practice: advancing cultural competence and reducing health care disparities. Academic Emergency Medicine. 2009; 16(1): 69-75.
22. Rahavard BB, Candido KD, & Knezevic NN. Different pain responses to chronic and acute pain in various ethnic/racial groups. Pain Management. 2017; 7(5): 427-53.
23. Majda A, Bodys-Cupak IE, Zalewska-Puchała J, & Barzykowski K. Cultural competence and cultural intelligence of healthcare professionals providing emergency medical services. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(21): 115-47.
24. Artsanthia J, & Chaleoykitti S. Transcultural nursing in ASEAN Community. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(1): 10-6. (in Thai)
25. Julawong O. Transcultural Care and AEC Era. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(1): 1-6. (in Thai)
26. Chowdhury-Hawkins R, McLean I, Winterholler M, & Welch J. Preferred choice of gender of staff providing care to victims of sexual assault in Sexual Assault Referral Centres (SARCs). Journal of Forensic and Legal Medicine. 2008; 15(6): 363-7.
27. Zimmer M, Czarniecki DM, & Sahm S. Gender-sensitive considerations of prehospital teamwork in critical situations. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2024; 19(1): 1-9.
28. Elin V, Mats H, Henrik A, & Jonas A. Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care–a qualitative interview study. Bio Med Central Nursing. 2022; 21(1): 1-10.
29. Schulte KJ, & Mayrovitz HN. Myocardial infarction signs and symptoms: females vs. males. Cureus Journal of Medical Science. 2023; 15(4): 1-10.
30. Aune I, Dahlberg U, & Ingebrigtsen O. Relational continuity as a model of care in practical midwifery studies. British Journal of Midwifery. 2011; 19(8): 515-23.
31. Findlay HJ, Anderson JK, Francis KL, Clegg LM, & Maria SJ. The significance of paramedic communication during women's birth experiences: A scoping review. Australasian Emergency Care. 2024; 27(3): 218-26.

รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Model of Community and Family Development to Care for The Elderly Master Integrated on the Outbreak of The Coronavirus Disease 2019

ณัฏฐ์ณาฑ์ สร้อยเพ็ชร[1] เพชรีย์ กุณาละสิริ*[2]
Nutcha Soiphet[1] Petcharee Kunalasiri*[2]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย 65000
[1]Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand 65000
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ตาก ประเทศไทย 63000
[2]Faculty of Nursing, Northern College, Tak, Thailand 63000

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 30 คน ด้วยการจัดเวทีประชาคม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมความคิด ร่วมกันออกแบบรูปแบบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาเป็นกิจกรรมให้ความรู้ จำนวน 7 เรื่อง ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การรับฟังความคิดเห็น 3) การร่วมทำและการสร้างความร่วมมือ 4) การเป็นผู้นำ 5) การจัดการแผนงานดูแลผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19 6) การส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ 7) การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ 8) การดูแลด้านความปลอดภัยและความเป็นอยู่ของชุมชน ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในตำบลไผ่ขอดอน จำนวน 210 คน โดยนำรูปแบบไปจัดกิจกรรมให้ความรู้ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง รวม 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ดำเนินการวัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลองและหลังสิ้นสุดการให้ความรู้ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการทำกิจกรรมในบทบาทชุมชนและครอบครัว และดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

คำสำคัญ : รูปแบบ, การพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ, การดูแลผู้สูงอายุ, สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*Corresponding Author: *E-mail: pecharee313@gmail.com
โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม งบประมาณเพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

วันที่รับ (received): 7 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised): 23 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 ต.ค. 2567

Abstract

This participatory action research aimed to 1) develop the model of community and family development to care for the elderly master integrated on the outbreak of the coronavirus disease 2019 and 2) study the effectiveness of the model. The research operation was divided into two steps. Step 1 involved developing a model for community and family development. The sample group consists of community leaders, village volunteers, elderly caregivers, and public health officials, totaling 30 people join the community forum to exchange knowledge and brainstorm ideas for designing. Data analysis techniques was content analysis. These findings resulted in a framework of educational activities consisting of 7 topics: 1) providing information and news 2) listening to opinions 3) collaboration and building partnerships 4) leadership 5) managing care plans for the elderly related to COVID-19 6) promoting health and preventing COVID-19 among the elderly 7) caring for physical, mental, and spiritual well-being 8) ensuring the safety and well-being of the community. Step 2: studied the effectiveness of the model. The model was implemented with 210 primary caregivers in the Pai Kho Don sub-district. Test the model by organizing educational activities on 7 topics for 2 hours each week, totaling 6 consecutive weeks, with assessments conducted twice: once before the trial and once after the trial ends, 4 weeks later. Descriptive statistics and t-tests was used. The results showed that the sample group showed a statistically significant increase in the average scores for community and family role activities, as well as integrated elderly care, compared to before the intervention (P<.05).

Keywords : model, community and family development, care for the elderly master on the outbreak of the coronavirus disease 2019

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์ใหม่หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) มีการระบาดหนักทั่วโลกส่งผลต่อวิถีชีวิตและสภาวะความเจ็บป่วยของประชาชนในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลกอย่างรุนแรง โดยปี 2565 ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อโคโรน่าไวรัสรายใหม่จำนวนทั้งสิ้น 23,195,390 รายเสียชีวิต 67,228 ราย[1] ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ง่ายมากกว่าคนในวัยอื่น ๆ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ต่ำลงตามวัย แม้ว่าสุขภาพโดยรวมจะแข็งแรงสมบูรณ์ดี ก็อาจมีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูง จากผลสำรวจในประเทศจีน พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 15% ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 10.5% ขณะที่ผลการศึกษาในประเทศอิตาลี พบว่าก่อนสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อายุเฉลี่ยของผู้เสียชีวิตคือ 81 ปี ภายหลังการระบาดของโรคอายุเฉลี่ยของผู้ที่เสียชีวิตในประเทศอิตาลี อยู่ที่ 79.5 ปี[2] สำหรับในประเทศไทยก่อนสถานการณ์การระบาดของโรคอายุเฉลี่ยของผู้เสียชีวิตคือ 77 ปี ภายหลังการระบาดของโรคอายุเฉลี่ยของผู้ที่เสียชีวิตอยู่ที่ 70 ปี จำนวนผู้ติดเชื้อในช่วงเวลาเดียวกันจำนวน 55,034 ราย มีจำนวนผู้ที่เสียชีวิต 125 ราย[1] และผู้สูงอายุติดเชื้อจำนวน 170,861 คน[3] จากสถานการณ์ดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการสำคัญในการป้องกันและสกัดกั้นการนำเชื้อยับยั้งการระบาดและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นระบบบริการทางการแพทย์ปกติวิถีใหม่และเพิ่มความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนในการเฝ้าระวังและจัดการการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่[4]

จังหวัดพิษณุโลก เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุลำดับที่ 25 ของประเทศไทย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกมีผู้สูงอายุมากที่สุดถึงร้อยละ 30.77 (ผู้สูงอายุจำนวน 23,892 คน จากประชากร 77,655 คน)[5] และตำบลไผ่ขอดอนเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 30.84 (1,275 คนจากประชากร 4,134 คน)[6] ในช่วงที่สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบผู้สูงอายุติดเชื้อจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และเพื่อนบ้านถึงร้อยละ 307 นับเป็นความเสี่ยงที่ผู้สูงอายุจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่าย ดังนั้นในสถานการณ์โรคระบาดเช่นนี้ ครอบครัว

ชุมชน หรือผู้ดูแลต้องร่วมมือกันในการให้การดูแลอย่างถูกวิธี เพื่อลดผลกระทบและความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน พบว่าบุคลากรสาธารณสุขอ่อนล้าจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลข่าวสารกระจายไปอย่างไม่เป็นจริง ขาดการประชาสัมพันธ์ในแนวเดียวกัน การส่งต่อผู้ป่วยมีขีดจำกัด ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการลดภาวะเสี่ยงของการเกิดติดเชื้อและการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ คือ การมีส่วนร่วม การประสานงาน การประชาสัมพันธ์ที่ถูกต้องชัดเจน และการพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่ การจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพชุมชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพในสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ รวมถึงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน[7] การพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จึงมีความจำเป็นสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้สูงอายุ การลดปัญหาจากการเจ็บป่วยและอาการแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในด้านบทบาทครอบครัว ชุมชน และด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ[4]

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีลักษณะอย่างไร

2. รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประสิทธิผลหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ[8] ในมิติการดูแลการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ มาใช้ในด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ สำหรับมิติการพัฒนาชุมชน ครอบครัวต้นแบบใช้กรอบแนวคิดการประสานการดูแลร่วมกับหน่วยงานเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง บทบาทชุมชน รวมถึงผู้ดูแลหลัก/ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[4]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และกิจกรรมการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. สำรวจชุมชน ศึกษาสภาพชุมชนและครอบครัว บทบาทของชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุของตำบลไผ่ขอดดอน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

2. ศึกษาทฤษฎี แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ สร้างกรอบการทำงานจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์กรอบแนวคิดการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ[8] มาใช้ในด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ สำหรับการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งให้มีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ดำเนินการภายในชุมชนด้วยการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน เช่น บุคคล ทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ให้กลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็ว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชนให้ดีขึ้นและคงอยู่อย่างยั่งยืน[9]

3. จัดเวทีประชาคมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และระดมความคิดเพื่อออกแบบกิจกรรมด้านบทบาทชุมชนและครอบครัวและด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดี

เข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 5 คน อาสาสมัครหมู่บ้าน 10 คน ผู้ดูแลหลัก 5 คน ผู้สูงอายุ 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน

4. ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบชุมชนและครอบครัวต้นแบบด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 คน และด้านการวิจัย 1 คน พบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.80–1.00

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

1. กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดในตำบลไผ่ขอดอน จำนวน 1,487 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลไผ่ขอดอน จำนวน 210 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

1.2.1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ 0.30 แล้วนำมาเปิดตารางสำเร็จรูป[10] ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 207 คน เนื่องจากอาจมีผู้ตอบคำถามไม่ครบสมบูรณ์ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 210 คน

1.2.2 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก เพื่อกำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนละ 1 คน

1.3 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึง ถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้นสามารถยุติการเข้าร่วมโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยชื่อและจะนำผลประเมินที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น โดยได้รับเอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม PSRU-EC No.2023/021 วันที่ 18 มิถุนายน 2566

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลไผ่ขอดอน 2) เป็นผู้ดูแลหลัก 3) เข้าร่วมกิจกรรมได้เต็มเวลา 6) สามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย 2) มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็น และการสื่อสาร 3) เข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาครอบครัวและชุมชนต้นแบบ เป็นข้อคำถามการปฏิบัติบทบาทชุมชนและครอบครัว และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

2.1 กำหนดกรอบการสร้างแบบสอบถามรายกิจกรรมที่สอดคล้องกับหัวข้อที่กำหนดในรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ

2.2 สร้างแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามการปฏิบัติบทบาทชุมชนและครอบครัว จำนวน 41 ข้อ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จำนวน 44 ข้อ

2.3 เกณฑ์ให้คะแนนการทำกิจกรรมเป็น 5 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน มากได้ 4 คะแนน มากที่สุดได้ 5 คะแนน โดยแบ่งคะแนน 4.50-5.00 อยู่ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 อยู่ในระดับมาก 2.50-3.49 อยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 อยู่ในระดับน้อย และ 0-1.49 อยู่ในระดับน้อยที่สุด[11]

2.4 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย

2.4.1 นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลหลักที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในตำบลไผ่ขอดอน จำนวน 30 คน

2.4.2 นำผลการทดลองมาตรวจให้คะแนนและหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการของ Cronbach Coefficient Alpha กำหนดเกณฑ์ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพจำนวน 85 ข้อ มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4.3 นำผลการวิเคราะห์ในการหาคุณภาพเครื่องมือ ปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

3. การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 ทำความเข้าใจในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ดูแลหลัก) และร่วมกันกำหนดตารางเวลาการให้ความรู้

3.2 ให้ความรู้รายกิจกรรมที่กำหนดในรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบแก่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน ที่เวทีประชุมหมู่บ้าน สัปดาห์ๆ ละ 2 ชั่วโมง เวลา 9.00-11.00 น. เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม 2 ครั้ง คือ ก่อนให้ความรู้และหลังให้ความรู้แล้ว 4 สัปดาห์

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

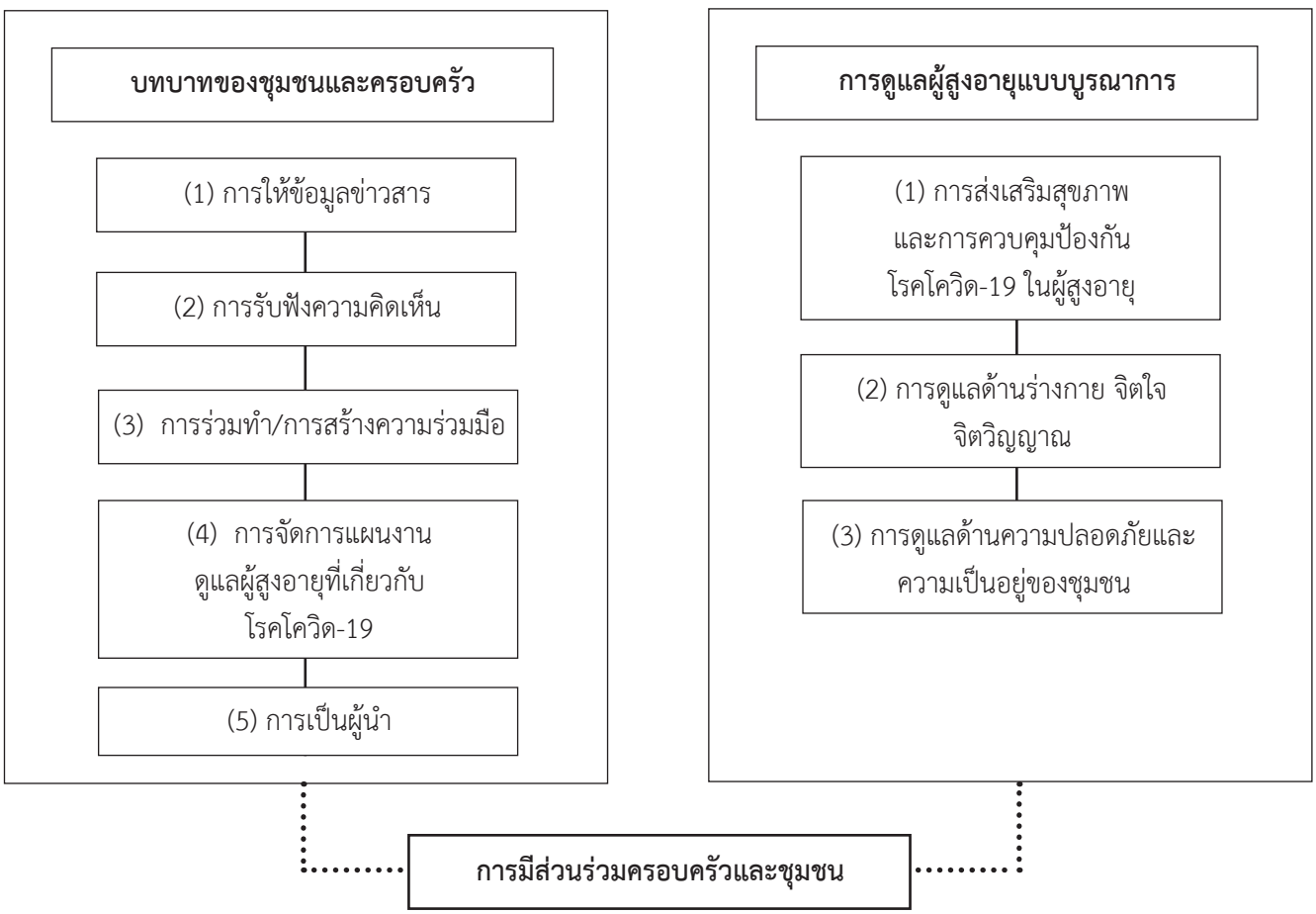
4.1 ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และตีความแบบอุปนัย (Inductive analysis)

4.1.2 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติบทบาทชุมชนและครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบค่าที (Pair sample t -test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถกำหนดรูปแบบเพื่อแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของบทบาทของครอบครัวและชุมชนและการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ดังนี้



บทบาทของชุมชนและครอบครัว ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสาร การรับฟังความคิดเห็น การร่วมทำ/การสร้างความร่วมมือ การเป็นผู้นำ และการจัดการแผนงานดูแลผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19

บทบาทการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ การดูแลด้านความปลอดภัย ความเป็นอยู่ของชุมชน

2. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการศึกษากับผู้ดูแลหลักที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68 อายุอยู่ระหว่าง 50-60 ร้อยละ 70 อาชีพทำนาร้อยละ 56 สถานภาพสมรสร้อยละ 66 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 48 รายได้ต่อเดือนเดือนละ 10,000 บาท รายได้รวมของครอบครัว 15,000-25,000 บาทร้อยละ 68 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ 5-10 ปี บทบาทครอบครัว เป็นญาติใกล้ชิด ร้อยละ 85 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทชุมชนและครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการก่อนและหลังใช้การรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติรายกิจกรรมด้านบทบาทของชุมชนและครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	n	Mean	SD	Mean	SD		
บทบาทของครอบครัวและชุมชน	210	2.40	0.55	4.34	0.65	25.17	0.00*
การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ	210	2.78	0.67	4.16	0.71	8.69	0.00*

*p < .05

จากตารางที่ 1 ภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทของชุมชนและครอบครัวเพิ่มขึ้นและด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจชุมชน ศึกษาสภาพชุมชนและครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุแบบในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงศึกษาทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบร่วมกับชุมชนด้วยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การระดมความคิดตามบริบทของชุมชน เป็นขั้นตอนของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดการจัดการที่สนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ศักยภาพของครอบครัวที่เกิดจากผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง แกนนำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน องค์การบริการส่วนตำบล บุคคลใกล้ชิด เครือญาติมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุ จึงเกิดการวางแผนดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในกระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความยั่งยืนในระดับพื้นที่ กิจกรรมต่าง ๆ ทั้งระดับบุคคล และระดับกลุ่มทำให้เกิดการผลักดันกิจกรรมที่สามารถเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการได้[12,13,14,15]

กิจกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารที่ต้องรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร

เป็นการสื่อสารที่สะดวก รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้[16] การรับฟังความคิดเห็น การร่วมทำ การสร้างความร่วมมือ เป็นการแสดงออกมาด้วยคำพูด และการแสดงออกของความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติ ค่านิยม การศึกษา ประสบการณ์ สภาพแวดล้อมและพฤติกรรมระหว่างบุคคล เป็นเครื่องช่วยในการพิจารณาและประเมินค่าก่อนที่จะตัดสินใจ[17] การเป็นผู้นำร่วมกัน การร่วมทำ การสร้างความร่วมมือเป็นองค์ประกอบทางทักษะที่สมบูรณ์ การทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการเกิดความผูกพันกันในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน และการรับรู้ตัวเองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน[18,19] การจัดการแผนงานดูแลผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 สามารถทำให้เห็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อการบริหารและใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เป็นแนวทางให้การทำงานอยู่ในรูปแบบหรือเป็นไปในทิศทางที่กำหนดไว้[20] สอดคล้องกับนโยบายและแผนปฏิบัติการสำหรับสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) ช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี[21]

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการประสานงานของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในพื้นที่ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมพัฒนาการดำเนินงานให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข พึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน มีคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น[14] ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านจิตวิญญาณ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพในด้านอาหาร การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และ พักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันที่ดี ส่วนการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคด้วยการหมั่นล้างมือบ่อย ๆ สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้ง หากออกนอกบ้าน ลดการสัมผัสของผู้คนควรลดกิจกรรมทางสังคม และการเข้ารับวัคซีนตามสิทธิของตนเองให้เร็วที่สุด[22] กิจกรรมการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ และพักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งนอกจากการดูแลสุขภาพกายและใจแล้ว ยังต้องมีการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ด้วย[23-24] กิจกรรมการดูแลด้านความปลอดภัยและความเป็นอยู่ของชุมชนกิจกรรมที่ออกแบบสอดคล้องกับนโยบายและแผนปฏิบัติการสำหรับสุขภาพผู้สูงอายุ[25] ในด้านการเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุเป้าหมาย คือ สูงวัยอย่างมีสุขภาพดี โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน[26]

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้วิจัยทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบกับผู้ดูแลหลักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมบทบาทครอบครัวและชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ โดยคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 2 ด้านในภาพรวมดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย เนื่องจากกิจกรรมที่กำหนดในรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบทำให้เกิดการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว สนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม สร้างศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถวางแผนดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร รวมถึงมีการดำเนินการแบบบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่ายที่เชื่อมโยงและประสานงานกันในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 กิจกรรมที่กำหนดในรูปแบบด้านบทบาทชุมชนและครอบครัวสามารถส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[12] ได้

1.2 ผลการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทชุมชนและครอบครัว ควรมีการสรุปผลภาพรวมร่วมกันในชุมชนทุก 6 เดือน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

1.3 การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรองเป็นการลดภาระของบุคลากรทางสุขภาพ ควรมีการส่งข้อมูลทางสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงจากครอบครัวให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่รวบรวมบันทึกในฐานข้อมูลครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษารูปแบบการสร้างเครือข่ายเข้มแข็งที่สามารถเชื่อมโยงการทำงานแบบบูรณาการของชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

2.2 ควรพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง

2.3 การวิจัยชุมชนและครอบครัวต้นแบบควรศึกษามากกว่า 2 ชุมชนขึ้นไปเพื่อเปรียบเทียบกระบวนการจัดการที่ดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อความหลากหลายในการนำงานวิจัยขยายผลแก่ชุมชนอื่นที่มีความคล้ายคลึงกันได้มากขึ้น

References

1. World Health Organization. WHO's response to COVID-19-2021 Annual Report. Health Emergency Programme, Trans.Lieu Company; 2021.
2. Division of Communicable Diseases. Coronavirus Diseases 2019 (COVID-19). Emerging Disease Control; 2021.
3. Strategy and Planning Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2021. Bangkok : Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2021. (in Thai)
4. Aiamnui S. Factors influencing surveillance and prevention practices of COVID -19 among village health volunteers in Kongkrailat district, Sukhothai province. Thai Journal of Public Health and Health Education 2021;1(2):75–90. (in Thai)
5. Nantabut K. The community health system is a collaborative process involving three major systems within the community. Nonthaburi: The Graphico Systems Company; 2010. (in Thai)
6. Department of Elderly Affairs. Thai elderly statistics. Bangkok: Policy and Strategy Group, Department of Elderly Affairs; 2021. (in Thai)
7. Phai Kho Don Subdistrict Administrative Organization. Fiscal Year 2023 Report. Phai Kho Don Subdistrict Administrative Organization Mueang District, Phitsanulok Province; 2023. (in Thai)
8. COVID-19 Information Center, Phitsanulok. Analyzing the COVID-19 pandemic situation report, Phitsanulok province. Disease and Control Office, Phitsanulok Province; 2021. (in Thai)
9. Department of Medicine, Ministry of Public Health. Integrated elderly health service system model. Bangkok : War Veterans Organization under Royal Patronage; 2018.
10. Phetiomthong K., Eamsaku S. Rojanatrakul T. Self-Reliant Sustainable Community Building Process. Journal of Roi Kaensarn Academi 2021;6(12):354-68.
11. Cohen J. A power primer. Psychological bulletin 1992;112(1):155-9.
12. Srisa-ard D. Preliminary research. Vol.2. 10th ed. Bangkok: Suviriyasan Printing; 2017.
13. Phalasuek R, & Thanomchayathawatch B. An integrated care model for older people. The Southern College Network. Journal of Nursing and Public Health 2020;7(2):100-13. (in Thai)

14. Robrujen S, Thongkwan W, & Vutiso P. The effects of community participation empowerment program on the self-care abilities in fall prevention among the elderly in Na Fai sub-district, Muang district, Chaiyaphum province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2022; 23(3):99-109. (in Thai).
15. Kankarn W, Wirunphan B, Arthiwet W, & Thajai S. Participatory development of model communities to support the aging society in the Isan context. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 492-501. (in Thai).
16. Reunthongdee U, & Jewpattanakul Y. Enhancing older adults' health promotion activities by using community-based participation. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2022; 23(1): 87-95. (in Thai).
17. Chalermchirarat W. Quality in service work. Vo.2. 5th ed. Bangkok: Phimdee; 2010. (in Thai)
18. Gordon LV. Manual of Gordon Personal Profile. New York: Test Department of Harcourt, Brace & World; 1963.
19. Hackman JR. Leading teams: Setting the stage for great performances. Boston: Harvard Business School Press; 2002.
20. Sittipreechachan P, Priyatruk P, Chotkakam Y. Community participation in the process of care of elderly at MABCARE subdistrict. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2012:13(2):8-17.(in Thai).
21. Bryson JM, Quick KS, Slotterback CS, & Crosby BC. Designing public participation processes. Public Administration Review 2013;73(1):23-34.
22. ASEAN Center for Active Ageing and Innovation. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. World Health Organization; 2023.
23. Kulsoontorn K, Wingpat K, & Bodeerat C. Guidelines for caring the elderly during a COVID-19 pandemic. Journal of Roi Kaensarn Academi 2011;6(11):288-302. (in Thai)
24. Ministry of Public Health. Handbook for prevention and control of coronavirus disease 2019 for Thai. Bangkok: Agricultural Cooperatives Association of Thailand Printing Company; 2020. (in Thai)
25. Ministry of Public Health. Guidelines for prevention of coronavirus disease 2019. (COVID-19) for general public and at-risk groups. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
26. WHO TEAM Emergency Response (WRE). COVID-19: Case Definitions Updated in Public health surveillance for COVID-19. World Health Organization Thailand; 2022.
27. Khunphiluek C. Integrated care for the elderly in primary care for healthy aging. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 2023;46(4):11-28. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร

The Development Of A Promoting Model For Child Development At The Age Of 3-5 Years Through A Participatory Learning Process in Sakon Nakhon Province

นาคี สอนโพธิ์*[1] พัชรินทร์ ฉลาดธัญญกิจ[2] ธีรารัตน์ พลราชม[3]
Nakee Sornpho*[1] Pacharin Schalhadthungnakick[2] Theerarat Phonrachom[3]
[1]**โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย 47310**
[1]Praarjanban Tanakaro Hospital, sakon Nakhon Province, Thailand, 47310
[2]**สมาคมแม่บ้านสาธารณสุขสาขาจังหวัดสกลนคร ประเทศไทย 47000**
[2]Public Health Ministries Ladies Association, Sakon Nakhon Province, Thailand, 47000
[3]**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประเทศไทย 47000**
[3]Sakon Nakhon Provincial Public Health Office, Thailand, 47000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษากระบวนการและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี 2) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่พัฒนาขึ้น ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร ในกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้ปกครอง จำนวน 78 คู่ โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม แบบวัดทักษะและความสามารถในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบประเมินพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร หลังใช้รูปแบบทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 88.46 ความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ 2.78 คะแนน ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านและโดยรวมทุกด้านสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบโดยรวมเพิ่มขึ้น 6.06 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผู้ปกครองมีการกอด เมื่อบุตรหลานกลับมาจากโรงเรียน มีการชมเมื่อบุตรหลานเก็บรองเท้าเป็นระเบียบ เล่านิทานพื้นบ้านก่อนนอน ประยุกต์อุปกรณ์อย่างง่ายใช้ที่บ้าน

จากผลการวิจัยควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองนำไปใช้ดูแลเด็กในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

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

วันที่รับ (received) 5 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ต.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ต.ค. 2567

Abstract

This research and development study was conducted to meet the following objectives: 1) to study the process and develop a model for promoting child development in the age group of 3-5 years; 2) to study the process of implementing the model for promoting child development through a participatory learning process under the cooperation of two ministries in Sakon Nakhon Province with 78 pairs of children aged 3-5 years and their parents. The program for promoting child development and positive discipline with family participation, an emotional intelligence assessment form, a form for measuring skills and ability in assessing and promoting child development, and a child development assessment form were used to assess 5 areas. The data obtained were analyzed with descriptive statistics and t-test.

The findings revealed that the model for promoting child development in the age group of 3-5 years through a participatory learning process under the cooperation of two ministries in Sakon Nakhon Province caused 88.46% of the children to have age-appropriate development. Emotional intelligence was 2.78 points higher than before using the model. Mean individual and overall scores for every aspect of upbringing skills to promote development and emotional intelligence were higher after using the program than before using the program with a 6.06-point increase overall.The variances in scores were statistically significant ($p<.05$).

Based on the findings, parents should be encouraged to use the program in comprehensive child care to ensure that more continuous child development is promoted.

Keywords: model development, child development promotion, participatory learning process

บทนำ

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เด็กปฐมวัยตั้งแต่อายุ 0-5 ปี นับเป็นหน้าต่างแห่งโอกาส (เวลาทอง) ของการสร้างรากฐานชีวิต เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีเพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ปี พ.ศ. 2565 ถึง 2569 มีการ บูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม[1] โดยมีครอบครัวเป็นฐานชุมชนร่วมสร้างศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ภายใต้โครงการ “มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน” เป้าหมายให้เด็กอายุ 0-5 ปี มี Heart : ดี มีวินัย Head : เก่ง Hand : ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ Health : แข็งแรง และ Hi-tect : ทันสมัยก้าวหน้า โดยเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 2,500 วัน ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย สำหรับกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี (1,500 วัน)[2] 2 กระทรวงหลักที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมบูรณาการดูแลได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขดูแลด้านสุขภาพ และกระทรวงมหาดไทยดูแลด้านการจัดพื้นที่เล่นในชุมชน อาหารกลางวันและนมโรงเรียน เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดบริการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย

สถานการณ์เด็กปฐมวัยจังหวัดสกลนคร ยังพบเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้า จากผลการ คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปีในปี พ.ศ. 2564-2566 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 23.62, 20.64 และ 18.20 ตามลำดับ (เกณฑ์ ≥20) ติดตามได้ร้อยละ 86.05, 81.17 และ 77.20 ตามลำดับ (เกณฑ์ ≥90) พัฒนาการสมวัยหลังได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมด้วย TEDA4i ร้อยละ 83.14, 79.94 และ 75.83 ตามลำดับ (เกณฑ์ ≥85) เด็กอายุ 3-5 ปีมีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วนร้อยละ 56.7, 50.91 และ 50.36 ตามลำดับ (เกณฑ์ ≥66)[3] จะเห็นได้ว่าการคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและการติดตามเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการให้สมวัยยังเป็นปัญหาของจังหวัดสกลนคร ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการและระดับความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กคือการเลี้ยงดูเด็กอายุ 3-5 ปีส่วนใหญ่ ผู้ปกครองนำไปฝากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนถึงร้อยละ 53.3 ผู้เลี้ยงดูหลักคือผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นการจัดกิจกรรมหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กที่เหมาะในการเรียนรู้ของเด็ก จึงไม่ได้มุ่งเน้นที่ตัวเด็กเท่านั้น แต่รวมถึงการมุ่งเน้นที่การส่งเสริมทักษะของพ่อแม่ผู้ปกครอง ให้ มีทักษะและมีความสามารถในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้ถูกต้อง ส่งผลให้เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีความเชื่อมโยงกับการไม่ได้รับการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม[4] ผู้วิจัยในบทบาทเลขานุการสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขสาขาจังหวัดสกลนคร ได้จัดกิจกรรมโครงการเพื่อส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์และพัฒนาการเด็กไทย และส่งเสริมการมีบุตรคุณภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายชุมชน ต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ได้รับรู้และเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมของพ่อแม่ผู้ปกครองยังมีข้อจำกัด ด้านความรู้ ความเข้าใจหรือทักษะในการสังเกตและตอบสนองต่อความต้องการเด็กอาจใช้เทคนิคการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ต่อเนื่อง จึงได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร ใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายและน่าสนใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กครอบคลุมการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน เทคนิคการเลี้ยงดูที่เหมาะสม วิธีการสังเกตและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรต่าง ๆ ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย กระตุ้นการเรียนรู้และสนับสนุนการเล่นและการเรียนรู้ของเด็ก เพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการ และศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยคาดหวังให้เด็กอายุ 3-5 ปีของจังหวัดสกลนครได้มีโอกาสเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย สร้างรากฐานที่แข็งแรงของพลเมืองคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร

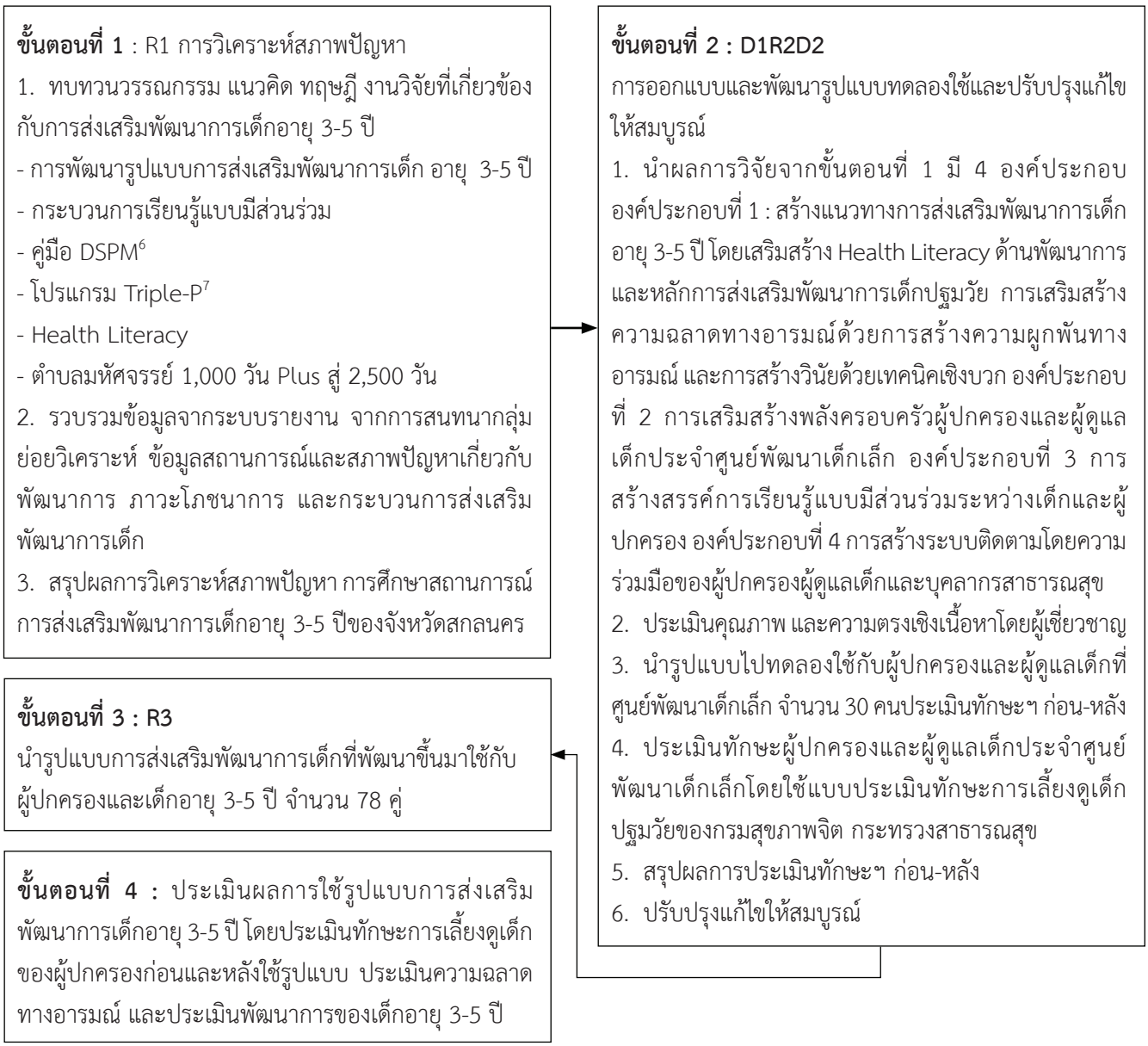
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน มกราคม 2566 ถึง เมษายน 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม[5] ผ่านกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนารูปแบบ การนำไปใช้และการประเมินผล

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มี 4 ขั้นตอนดังนี้



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) และจากการสนทนากลุ่มย่อยกับผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 2 คนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับจังหวัด จำนวน 2 คน ระดับอำเภอ จำนวน 3 คน และผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 9 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นำรูปแบบไปทดลองใช้ ในผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบระยะเวลาบางกิจกรรมนานเกินไปนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญปรับลดจัดกิจกรรมครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบ นำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่พัฒนาขึ้นมาใช้กับผู้ปกครองและเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 78 คู่โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า 1) เด็กกลุ่มอายุระหว่าง 3-5 ปีอยู่กับผู้ปกครองที่ดูแลประจำอย่างน้อย 6 เดือน 2) ผู้ปกครองและเด็กไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาผู้ปกครองอ่านออกเขียนได้สามารถสื่อสารได้เข้าใจ 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจนครบกระบวนการ เกณฑ์การคัดออก 1) เด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า 2) ผู้ปกครองและเด็กย้ายภูมิลำเนา 3) ผู้ปกครองหรือเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่าง ถือเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2023-005 วันที่ 23 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 22 มกราคม 2567

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร

2. โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program (Triple-P) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง แบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์สำหรับผู้ปกครองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3-5 ปี สำหรับผู้ปกครองฉบับย่อของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และแบบประเมินพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน สำหรับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์ จากการสนทนากลุ่มย่อยกับผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ข้อมูลเชิงปริมาณรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วย แบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบประเมินพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดสกลนคร สรุปผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา การศึกษาสถานการณ์ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปีของจังหวัดสกลนคร และจากการสนทนากลุ่มย่อย พบประเด็นสำคัญ ดังนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร กำหนดนโยบาย การคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็กโดยเร่งรัดการคัดกรองพัฒนาการให้ครอบคลุมตามเกณฑ์ (ร้อยละ 90) ประสานความร่วมมือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด คืนข้อมูลแก่พื้นที่เพื่อร่วมแก้ปัญหา กำหนดแนวทางกำกับติดตามทุกเดือน เชิญพ่อแม่และผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมในทุกช่วงพูดคุยวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกัน การจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พ่อแม่และผู้ปกครอง รับรู้จากการให้คำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อไปรับบริการฉีดวัคซีนและเรียนรู้จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ซึ่งระยะเวลาในการเรียนรู้ค่อนข้างน้อย ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่

เข้าใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่งมีการทำของเล่นจากวัสดุธรรมชาติและนวัตกรรมในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการขึ้นเอง มีการบูรณาการงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ร่วมกัน เมื่อผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคัดกรองพัฒนาการหากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินซ้ำ และพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร

ตารางที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบ	กิจกรรม
องค์ประกอบที่ 1 : สร้างแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี	- ให้ความรู้ สาธิตกิจกรรม เสริมพลังผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในการนำกิจกรรมที่เรียนรู้กลับไปใช้ที่บ้าน เกี่ยวกับพัฒนาการและหลักการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ด้วยการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ และการสร้างวินัยด้วยเทคนิคเชิงบวก
องค์ประกอบที่ 2 : เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	- การเสริมสร้างพลังครอบครัว และจัดกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
องค์ประกอบที่ 3 : สร้างสรรค์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างเด็กและผู้ปกครอง	- จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม จำนวน 4 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 1: สร้างสายใยผู้ปกครองและเด็กร่วมทำกิจกรรม กอด เล่านิทาน เล่นเกม เต้น วาดรูป เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีและทักษะในการสร้างความผูกพัน ทางอารมณ์ผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ที่บ้านได้ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที ครั้งที่ 2: สร้างวินัย มุ่งเน้นการสร้างวินัยบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ ที่ดีระหว่างเด็กและผู้ปกครอง เด็กต้องรอคอยระหว่างเล่นเกม ผู้ปกครองฝึกปรับพฤติกรรมเด็ก ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 55 นาที ครั้งที่ 3: สร้างเด็กเก่ง 1 พัฒนาทักษะพัฒนาการตามคู่มือ DSPM และพัฒนาทักษะการชมของผู้ปกครองเมื่อเด็กแสดงทักษะพัฒนาการที่ดี หรือพฤติกรรมที่ดีได้อย่างสม่ำเสมอ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที ครั้งที่ 4: สร้างเด็กเก่ง 2 เน้นการฝึกทักษะพัฒนาการด้านความคิด ภาษา กล้ามเนื้อมัดเล็ก เพื่อให้ผู้ปกครองนำกลับไปฝึกใช้ในชีวิตประจำวันได้ใช้เวลา 2 ชั่วโมง
องค์ประกอบที่ 4 : สร้างระบบติดตามและส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง	- ติดตามต่อเนื่องโดยผู้ปกครองที่มีบทบาทในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการช่วงเวลาที่ดูแลเด็กที่บ้าน ผู้ดูแลเด็กมีบทบาทในการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กช่วงเวลาที่เด็กอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้ทั้งผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและประเมินซ้ำรวมถึงกระตุ้นพัฒนาการกรณีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

จากตารางที่ 1 พบว่ารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 สร้างแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี องค์ประกอบที่ 2 เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์ประกอบที่ 3 สร้างสรรค์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างเด็กและผู้ปกครอง องค์ประกอบที่ 4 สร้างระบบติดตามและส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ 2 มาใช้กับผู้ปกครองและเด็ก จำนวน 78 คู่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ปกครอง (n=78)

องค์ประกอบ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านการสร้างความผูกพันทางอารมณ์	24.11	4.99	26.15	4.79	27.54	.000
ด้านการสร้างวินัยเชิงบวก	24.87	3.93	27.11	3.94	33.85	.000
ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	21.28	4.32	23.42	4.18	27.86	.000
โดยรวมทุกด้าน	70.26	11.60	76.32	9.64	12.30	.000

จากตารางที่ 2 พบว่า ความสามารถในการประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองหลังใช้ รูปแบบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินทักษะการลี้ยงดูเด็กรายด้านและโดยรวมทุกด้านสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ โดยรวมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 6.06 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (n=78)

องค์ประกอบ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านดี	12.98	2.25	14.01	2.08	18.76	.000
ด้านเก่ง	14.41	2.20	15.84	1.98	18.76	.000
ด้านสุข	14.91	1.84	15.23	1.77	24.61	.000
โดยรวมทุกด้าน	42.30	5.08	45.08	4.62	29.53	.000

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ รายด้านและโดยรวม ทุกด้านสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ โดยรวมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.78 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ร้อยละระดับความฉลาดทางอารมณ์เมื่อเทียบกับเกณฑ์ปกติ หลังใช้รูปแบบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติมากที่สุด ได้แก่ ด้านดีและโดยรวม ร้อยละ 92.31 ด้านสุข ร้อยละ 91.02 และน้อยที่สุดด้านเก่งร้อยละ 88.46

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในจังหวัดสกลนคร 4 องค์ประกอบ 1) สร้างแนวทาง 2) เสริมสร้างพลังครอบครัว 3) สร้างสรรค์การเรียนรู้ 4) สร้างระบบติดตาม เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในด้านการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการสร้างวินัยเชิงบวก จากผลการวิจัย พบว่าการติดตามกลุ่มผู้ปกครองสามารถทำกิจกรรม เช่น กอด เมื่อบุตรหลานกลับมาจากโรงเรียน การชมเมื่อบุตรหลานเก็บรองเท้าเป็นระเบียบ การเล่านิทานพื้นบ้านก่อนนอน เป็นต้น และด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่า ผู้ปกครองสนใจฟังและมีการประยุกต์อุปกรณ์อย่างง่ายใช้ที่บ้านแทนในการกระตุ้นพัฒนาการบุตรหลาน เช่น ลูกบอลทำจากเศษผ้า ม้าก้านกล้วย กะลามะพร้าวฝึกเดิน เป็นต้น สำหรับการเสริมพลังครอบครัวผู้ปกครองจากแนวทางการกำกับติดตามทุกเดือน ได้เชิญผู้ปกครองเข้าร่วมการสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่า ผลการฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ รวมถึงสร้างระบบติดตามและส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อ

เนื่อง 24 ชั่วโมง ภายใต้ความร่วมมือผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และบุคลากรสาธารณสุข เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสมส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย มีความฉลาดทางสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ ครอบคลุมมากขึ้น

2. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสกลนคร พบว่า หลังจากผู้ปกครองได้เข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วนตามรูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้เด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบ พัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น[8] เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากขึ้นและเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าลดลงหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน[9] การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการ สมวัยได้[10] แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนดที่ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมทั้งมารดาและครอบครัว พบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาและครอบครัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม[11] อภิปรายผลได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ควรเน้นจัดกิจกรรมที่ผู้ปกครองและเด็กมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกันในชีวิตประจำวัน โดยผู้ปกครองมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับพัฒนาการและหลักการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและได้รับการส่งเสริมพลังครอบครัว ที่เหมาะสม ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการใช้รูปแบบ รายด้านและโดยรวมทุกด้านสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ทำให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนทดลอง[12] และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อทักษะความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม[13] เมื่อเทียบกับเกณฑ์ปกติ หลังใช้รูปแบบ ระดับความฉลาดทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติทั้งด้านดี ด้านสุข ด้านเก่งและโดยรวม ความสามารถในการประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองหลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านและโดยรวมทุกด้านสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบโดยรวมคะแนนเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมสูงกว่าก่อนทดลอง และค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็ก 3-5 ปี โดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมล้วนส่งผลต่อการมีพัฒนาการสมวัย มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์หรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติ รวมถึงทักษะการเลี้ยงดูเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ปกครองสามารถจัดเป็นกิจกรรมที่ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นการเสริมสร้างพลังครอบครัวที่ดี ส่งเสริมให้เด็กเป็นคนดี มีวินัยและเก่งในอนาคต สำหรับเด็กที่ยังพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4i[14]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัวในการดูแลเด็กในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น และเป็นการส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบการติดตามและการส่งเสริมพัฒนาการให้ต่อเนื่องโดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามเพื่อให้เด็ก 3-5 ปีได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประธานแม่บ้านสาธารณสุขสาขาจังหวัดสกลนคร ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทุกท่านที่ให้การสนับสนุน เอื้ออำนวยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Ministry of Public Health. Health Promotion and Disease Prevention Strategic Planning, Ministry of Public Health Fiscal Years 2022-2026; 2021. (in Thai)

2. Department of Health. Manual on the Miracle of the first 1,000 Days: Maternal and Child Nutrition, Growth and Development; 2020. (in Thai)
3. Ministry of Public Health. Central Database System; HDC. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office; 2023. (in Thai)
4. Kobyakov S, Fotolia. Diet, parental behavior and preschool can boost children's IQ. Association for Psychological Science; 2013.
5. Phromboon KS. Participatory learning in participatory learning: theory and practicelearning model. Office of the National Education Commission; 1997. (in Thai)
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) (4th printing). The Agricultural Co-Operative Federation of Thailand Ltd. Printing Press; 2020. (in Thai)
7. Department of Health. DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program : Triple-P. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
8. Yawinchan C, Khantamool W, & Netthip R. Effectiveness of Development Emotional and Quotient and Reinforce Positive to Improve Discipline in Early Childhood Programs base on Family Participation in Pua District, Nan Province. Journal of Health Sciences Scholarship. 2019;6(1):71-85. (in Thai)
9. Sukkamnerd S. Research and Development of surveillance and Promotion Child Development System by community participation. Thai Journal of Public Health. 2017;12(4): 16-27. (in Thai)
10. Chaichanasang T, Jantanam W, Hungspruek U, & Srisong P. Community Potential in Early Childhood Development: Participatory Action Research. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):451-9. (in Thai)
11. Sanongyard J , Jamtim N, Sirathirakul L, Radabutr M, & Wiriyasirikul N. The Development of Guidelines of Promoting the Development and Healthy Growth for Premature Infants, Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):113-21. (in Thai)
12. Limanon A, Wancharoen K, & NaSa-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)
13. Nuchit Y. Effectiveness of Development Promotion and positive discipline Building Program base on family participation on emotional Quotient and Behaviors of parents in Preschool-age Children Phon Thong Health Networking. Journal of Research and Health Innovative Development. 2024;5(1):150-61. (in Thai)
14. Department of Mental, Ministry of Public Health. Thai Early Developmental Assessment for Intervention Manual (TEDA4i). The Agricultural Co-Operative Federation of Thailand Ltd. Printing Press. 2015. (in Thai)

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

Cost of Nursing Activities for COVID-19 Patients Undergoing Cesarean Section with Spinal Anesthesia in a Tertiary Hospital

อภิเชษฐ์ เหี้ยมหาญ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย* อุษา ตันทพงษ์
Apichet Heamharn Phechnoy Singchangchai* Usa Tantapong
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
Faculty of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนที่เกิดจากการให้บริการผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการระงับความรู้สึก จำนวน 30 คน และ บุคลากรในหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี 62 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูล 2 แบบคือ 1) การเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง 2) การเก็บข้อมูลปัจจุบัน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลต่อหน่วยบริการ พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล และแบบทึกข้อมูลต้นทุนกิจกรรม เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล เท่ากับ 99,172.33 บาท กิจกรรมการ บริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 59,237.71 บาท (ร้อยละ 59.73) รองลงมา คือ กิจกรรมการพยาบาลขณะผู้ป่วยได้ระงับความรู้สึก เท่ากับ 23,466.71 บาท (ร้อยละ 23.66) เมื่อจำแนกเป็นรายกิจกรรมและต่อราย พบว่า กิจกรรมการบริหารจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 สูงสุด มีค่าเท่ากันที่ 963.01 บาท

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารในองค์การพยาบาลควรมีข้อมูลเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนทางการพยาบาลทั้งในสถานการณ์ปกติ และอุบัติการณ์การติดเชื้อใหม่ เพื่อผู้บริหารจะได้บริหารทรัพยากร ค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับการจัดบริการเพื่อให้มีมาตรฐานในการบริการพยาบาลผู้ป่วย และก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงานและงบประมาณ

คำสำคัญ: ต้นทุน, การจัดบริการพยาบาลระงับความรู้สึก, ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, เชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The purposes of the study were to find out nursing activity-based costs for spinal anesthesia in cesarean section patients with COVID-19 in a private hospital. The sample group consisted of cost reports on 30 pregnant patients with COVID-19 patients receiving spinal anesthesia, and 62 personnel in anesthetic nursing units selected using purposive sampling. Two types of data were collected: retrospective data and current data.

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

วันที่รับ (received) 21 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.ค. 2566

The research instruments were records of per service unit, nursing activity dictionary, and activity-based cost records. The content validity value of all the instruments was 1, and the observational reliability value was 0.92. The data were analyzed with descriptive statistics (number, percentage, mean, and standard deviation).

The study found that the total nursing activity-based cost was 99,172.33 Baht with the highest cost of management and support activities at 59,237.71 (59.73 percent), followed by nursing activity cost while patients were under anesthesia at 23,466.71 Baht (23.66 percent). When classified into per activity and per unit, it was found that building and environmental management cost during the COVID-19 pandemic was the highest at 963.01 Baht.

The study results indicate that for cost management, Administrators in nursing organizations should have evidence-based data in regard to Nursing Cost Analysis both in the normal situation and in the occurrence of new infections so that they would be able to manage resources expenses in accordance with the arrangement of services in order to have standards in nursing care services for patients as well as efficiency in management and budgeting.

Keywords: Cost, anesthesia service, cesarean section patients, COVID-19 infection

บทนำ

ในระบบสุขภาพได้มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 การแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข มีจำนวนผู้ป่วย และเสียชีวิตจำนวนมาก โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์อาจเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียชีวิตได้มากกว่าบุคคลทั่วไป[1] จากการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อจำนวน 1,316 คน พบการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดร้อยละ 31.3[2] ทำให้ต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรทางสุขภาพในการบริการ การใช้ทรัพยากรและเกิดค่าใช้จ่ายสูงที่ขึ้น จำเป็นต้องศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับต้นทุนเพื่อวางแผนงบประมาณ การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลให้บุคลากร ในส่วนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้บริหารต้องจัดการ อัตรากำลัง การใช้วัสดุและครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องในการบริการเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดต้นทุนที่ไม่ได้คาดการณ์ก่อน การคำนวณต้นทุนของโรงพยาบาลในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวิธีการหนึ่งในการประมาณผลกระทบในระบบสุขภาพ และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเตรียมความพร้อมทางด้านการเงิน การคลังของระบบสุขภาพเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่อในอนาคต[3]

สถานการณ์ระบาดในประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2565 พบหญิงตั้งครรภ์กว่า 365,000 ราย ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการคุกคามชีวิตต้องการผ่าตัดคลอด คิดเป็นร้อยละ 77 ตาม ข้อบ่งชี้ทางแพทย์วิสัญญี แต่เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อแนะนำให้ระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง มีผลต่อค่าใช้จ่ายหรือการลงทุนให้บริการสุขภาพมากขึ้น[4]

ส่วนสถานการณ์ระบาดประเทศไทย กรมอนามัยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อหญิงตั้งครรภ์ 7,210 ราย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อ พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ที่ไม่ติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 53 ดังนั้น ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์อย่างจริงจังเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตให้น้อยลงและลดภาระค่าใช้จ่าย ในจังหวัดราชบุรีมีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2565 รวมทั้งหมด 83,040 ราย ในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อรวมอยู่ด้วย และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ทำการศึกษา ให้บริการผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่รับการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด มีผู้ป่วยเข้ารับบริการปี พ.ศ. 2564 ไตรมาสแรกเฉลี่ย 13 รายต่อเดือน ไตรมาสที่สองเฉลี่ย 21 รายต่อเดือน ไตรมาสที่สามเฉลี่ย 30 รายต่อเดือน การพยาบาลขณะระงับความรู้สึกผู้ป่วยแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอดที่ไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เวลากิจกรรมการพยาบาลเฉลี่ย 122 นาทีต่อราย ส่วนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อพบใช้เวลาในกิจกรรมการพยาบาล เฉลี่ย 245.56

นาทีต่อราย ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลที่มีความซับซ้อนมากกว่าใช้เวลาเพิ่มขึ้นร้อยละ 101.28 ตามหลักการบริหารต้นทุนด้วยวิธีวิเคราะห์กิจกรรม[5] ทุกกิจกรรมคือ ต้นทุน[6] ยิ่งกิจกรรมการพยาบาล ที่ใช้เวลามากยิ่งก่อให้เกิดต้นทุนมาก ส่งผลต่อการบริหารต้นทุนของโรงพยาบาล เช่นการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง[7]

จากการทบทวนแนวคิดความสำคัญการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activities based costing :ABC)[8] ได้ค้นพบความสำเร็จของการใช้ ABC ในการตัดสินใจ เมื่อมีการตัดสินมากขึ้นเท่าใด ก็ยิ่งประสบความสำเร็จในการดำเนินกิจการมากขึ้นเท่านั้น การใช้ ABC ยังทำให้เกิดความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงทางการตัดสินใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงกระบวนการ ช่วยในการเปลี่ยนแปลงการกำหนดราคา ช่วยในการประเมินและการประมาณการ การจัดการสรุปหรือการเปรียบเทียบรายได้และรายจ่ายที่มีและไม่มีในการบริหารการเงินในองค์กร และใช้ประเมินความสำเร็จของผู้บริหารโดยรวม

จากที่กล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยยิ่งเล็งเห็นความสำคัญของการใช้ ABC ที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่หรือเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงนำมาใช้การวิเคราะห์พัฒนาบริการในหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญีที่ต้องให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รับการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด ทั้งนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลตติยภูแห่งนี้มีนโยบายพัฒนาการเงิน การคลังให้เข้มแข็ง โดยมุ่งเน้นเรื่องการจัดเก็บรายได้ และลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น และผู้บริหารทางการพยาบาลวางนโยบายในการแสวงหาข้อมูลเชิงประจักษ์โดยเฉพาะข้อมูลใหม่ ๆ ที่ไม่มีการวิเคราะห์มาก่อน นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการจัดการงบประมาณ วางแผนทรัพยากรสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการวางแผนบริหารต้นทุนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ให้ได้ข้อมูลพื้นฐานใช้อ้างอิงในการกำหนดอัตราค่าบริการทางวิสัญญี การจัดการบริหารต้นทุน ควบคุมประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณและความเป็นธรรมในการจัดการบริการปัจจุบัน

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีค่าเท่าไร

2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีค่าเท่าไร

3. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อรายสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีค่าเท่าไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

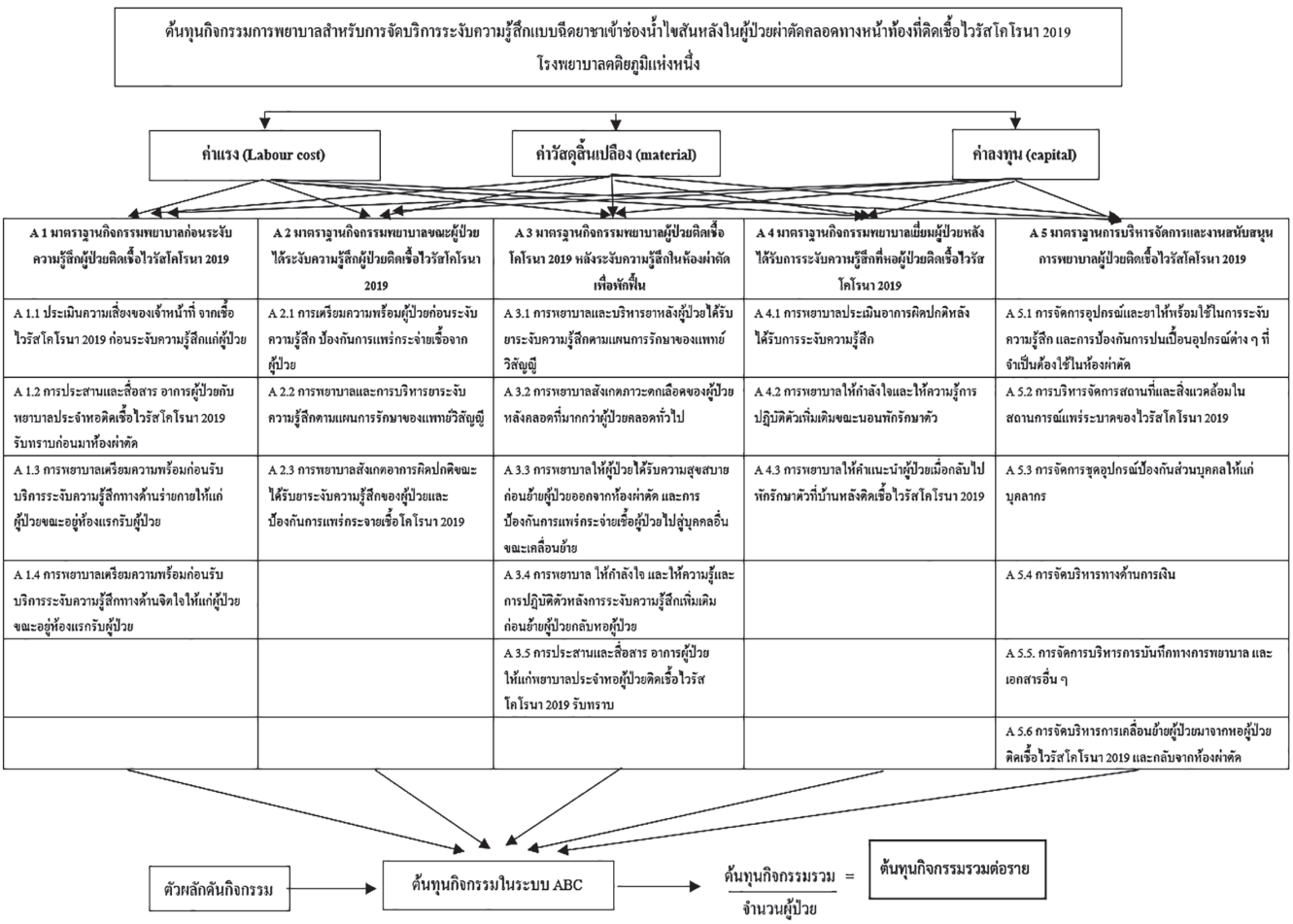
2. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมสำหรับการจัดบริการระงับความ รู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

3. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อรายสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุน การคิดต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC)[9] ซึ่งการคิดต้นทุนกิจกรรมมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรมกำหนดปริมาณการใช้ทรัพยากร 2) ระบุตัวผลักดันทรัพยากรโดยให้บุคลากรปันส่วนค่าแรงตามสัดส่วนเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ 3) กำหนดผลผลิตและบริการของหน่วยงาน และ 4) กำหนดตัวผลักดันกิจกรรมในขั้นที่ 2 คือ เวลาและทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม และมีการบูรณาการจัดกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญีของ American Association

of Nurse Anesthesiology 2019[10] และ Guidelines on Advanced Practice Nursing Nurse Anesthetists 2021[11] และมาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญีของประเทศไทย[12] โดยแบ่งกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 5 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย 1) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลก่อนการระงับความรู้สึก 2) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลขณะระงับความรู้สึก 3) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลหลังการระงับความรู้สึกเพื่อพักฟื้นในห้องผ่าตัด 4) มาตรฐานกิจกรรมพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย และ 5) มาตรฐานการบริหารจัดการและงานสนับสนุน ซึ่งตัวผลักดันต้นทุน คือ ปริมาณเวลาและปริมาณกิจกรรมที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมาเป็นส่วนต้นทุนจะได้ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง และต้นทุนค่าลงทุนของแต่ละกิจกรรม ต้นทุนกิจกรรมรวมกันหารด้วยจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รับการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ประชากร คือ รายงานต้นทุนที่ได้จากบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 62 คน จากฝ่ายการเงินและบัญชี

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนที่เกิดจากการให้บริการผู้ป่วย จำนวน 30 คน คำนวณตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป Power Analysis โดยใช้ผลการศึกษา รายงานต้นทุนที่เกิดจากคำนวณ[13] ตัวอย่างโดยที่ Effect Size เท่ากับ 0.60 และระดับ Power เท่ากับ 0.60 ได้ (n) = 27 เพื่อป้องกัน

การสูญหายของตัวอย่างโดยใช้ (10%) สูตรคำนวณ N1= n/(1-d)[13] เมื่อแทนค่า = 27/(1-0.1) = 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาตามมาตรฐานการบริการพยาบาลระงับความรู้สึกผู้ป่วยของต่างประเทศ[10,11] และประเทศไทย[12] และได้บูรณาการตามแนวคิดต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC)[8] ซึ่งได้เครื่องมือทั้งหมดจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วยดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ ประกอบด้วย แบบบันทึกทั้งหมด 6 แบบฟอร์มคือ 1) แบบฟอร์ม LC 1 แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง 2) แบบฟอร์ม MC1 แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุ 3) แบบฟอร์ม MC 2 แบบบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า 4) แบบฟอร์ม MC3 แบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำประปา 5) แบบฟอร์ม CC 1 แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ 6) แบบฟอร์ม CC 2 แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่

เครื่องมือชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยจากการบูรณาการมาตรฐานการพยาบาลจากต่างประเทศ[10,11]และของประเทศไทย[12] ได้มาตรฐานการพยาบาลหลัก 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลก่อนระงับความรู้สึก กิจกรรมพยาบาลขณะผู้ป่วยได้ระงับความรู้สึก กิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดเพื่อพักฟื้น กิจกรรมพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึก และการบริหารจัดการและงานสนับสนุน

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลและเวลาในการทำกิจกรรม ประกอบด้วย แบบฟอร์ม ABC1 แบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม แบบฟอร์ม ABC2 แบบบันทึกค่าแรงบุคลากร แบบฟอร์ม ABC3 แบบบันทึกข้อมูลปริมาณเวลาและตัวผลักดันกิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับกาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 นำเครื่องมือปรับปรุงแล้วมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของการบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต (Interobserver Reliability) และใช้นาฬิกาจับเวลาแบบตัวเลข (Digital) จากนั้นหาความเที่ยงของการสังเกตได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกตเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองจริยธรรมโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ น.12/2565 ลงวันที่ 6 มกราคม 2566 และขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการศึกษา เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 003/66 ลงวันที่ 11 มกราคม 2566 เพื่อการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขั้นตอน รายละเอียด ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรายได้และค่าสวัสดิการต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่ศึกษา และขออนุญาตในการจับเวลาขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ระหว่างทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งยุติก่อนสิ้นสุดการศึกษาได้ตลอดเวลา และข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การจัดเตรียมเก็บข้อมูล จากแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการศึกษา เพื่อขออนุญาตในการเข้าศึกษาและเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี และบุคลากรทางการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยในครั้งนี้และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล และเก็บข้อมูลด้านต่าง ๆ

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูล

ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเป็นเวลา 3 เดือน โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 มีรูปแบบการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) คือ ทะเบียนบันทึก

เงินเดือนและรายรับอื่น ๆ จากฝ่ายบัญชีและฝ่ายการเงิน ทะเบียนพัสดุจัดซื้อ ครุภัณฑ์และอาคารสิ่งก่อสร้าง จากกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 ในการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2 การเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective Study) โดยเก็บจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและเก็บข้อมูลเองจากกิจกรรมการพยาบาลระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft Excel วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. คำนวณหาต้นทุนค่าแรง โดยหาผลรวมของค่าแรงต่อคนของบุคลากรทางการพยาบาลและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โดยนำเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนวิชาชีพ ค่าตอบแทนล่วงเวลา ค่าตอบแทนความเสี่ยงในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และค่ารักษาพยาบาล นำมาคำนวณค่าแรงเป็นบาทต่อนาทีต่อคน โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{ค่าแรงของบุคลากร (บาทต่อนาที)} = \frac{\text{ค่าแรงของบุคลากรรายบุคคล}}{\text{นาทีในการทำงาน (22 วัน X 8 ชั่วโมง X 60 นาที)}}$$

1.1 คำนวณหาค่าแรงแต่ละกิจกรรมการพยาบาลโดยนำค่าแรงต่อนาทีของบุคลากรแต่ละคนคูณกับเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมการพยาบาล จะได้ค่าแรงของแต่ละกิจกรรม

1.2 นำค่าแรงของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่คำนวณได้ในแต่ละครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมมารวมกัน จะได้ค่าแรงรวมของกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม

1.3 นำค่าแรงรวมของแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้มารวมกัน ได้เป็นค่าแรงทั้งหมดในการพยาบาล

2. การคำนวณหาค่าวัสดุสิ้นเปลือง โดยนำข้อมูลจากแบบบันทึกค่าวัสดุสิ้นเปลืองทั้งหมดรวมกัน นำมาคำนวนหาต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม โดยใช้สูตร

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละกิจกรรม} = \frac{\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวมทั้งหมด}}{\text{จำนวนครั้งของกิจกรรมการพยาบาล}}$$

3. การคำนวนต้นทุนค่าลงทุน โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลค่าลงทุนมาคำนวณหาค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง โดยใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมราคาของกรมบัญชีกลาง ดังนี้

$$\text{ค่าเสื่อมราคา} = \frac{\text{ราคาสินทรัพย์}}{\text{อายุการใช้งาน}}$$

4. คำนวณต้นทุนปันส่วน เป็นการคำนวณหาต้นทุนในกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เป็นวิธีการปันส่วนค่าใช้จ่ายตามทรัพยากรที่มีอยู่เข้าสู่กิจกรรม เป็นการปันส่วนระบุตัวผลักดันแต่ละกิจกรรม เพื่อนำไปสู่การคำนวณต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยของตัวผลักดัน และนำต้นทุนจากการวิเคราะห์มาปันส่วนในกิจกรรมการพยาบาลหลัก

5. คำนวนหาต้นทุนของกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ได้จากการนำต้นทุนของแต่ละกิจกรรมย่อยทั้งหมดของกิจกรรมหลักมารวมกัน

6. คำนวนต้นทุนต่อกิจกรรมการพยาบาลตามระบบต้นทุนกิจกรรม เท่ากับผลรวมของต้นทุนของทุกกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรมการพยาบาลระงับความรู้สึก หารด้วยจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม

$$\text{ต้นทุนต่อกิจกรรม} = \frac{\text{ผลรวมของต้นทุนแต่ละกิจกรรม}}{\text{ปริมาณของกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ}}$$

7. คำนวณหาต้นทุนต่อรายกิจกรรมการพยาบาลการระงับความรู้สึก ตามระบบต้นทุนกิจกรรม เท่ากับ ต้นทุนกิจกรรม 5 กิจกรรมหลักหารด้วยจำนวนผู้รับบริการ

$$\text{ต้นทุนต่อราย} = \frac{\text{ต้นทุนกิจกรรมรวม 5 กิจกรรมหลัก}}{\text{จำนวนผู้รับบริการ}}$$

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งโดยใช้แนวคิดวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม[14] ได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ต้นทุนกิจกรรมการจัดการบริการพยาบาลรวมและร้อยละ กิจกรรมการพยาบาลระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 30)

กิจกรรมหลัก	ต้นทุนกิจกรรมรวม (บาท)	ร้อยละ
1. กิจกรรมพยาบาลก่อนระงับความรู้สึก	6,218.92	6.27
2. กิจกรรมพยาบาลขณะผู้ป่วยได้ระงับความรู้สึก	23,466.71	23.66
3. กิจกรรมพยาบาลหลังระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดเพื่อพักฟื้น	8,732.93	8.81
4. กิจกรรมพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย	1,516.06	1.53
5. กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน	59,237.71	59.73
รวม	**99,172.33**	**100**

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมรวม 5 กิจกรรมหลัก มีค่าเท่ากับ 99,172.33 บาท กิจกรรมหลักที่มีต้นทุนกิจกรรมสูงสุดคือ กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน เท่ากับ 59,237.71 บาท (ร้อยละ 59.73) รองลงมาคือ กิจกรรมการพยาบาลขณะผู้ป่วยได้ระงับความรู้สึก เท่ากับ 23,466.71 บาท (ร้อยละ 23.66) และกิจกรรมการพยาบาลหลังระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดเพื่อพักฟื้น เท่ากับ 8,732.93 บาท (ร้อยละ 8.81) และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือ กิจกรรมพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย เท่ากับ 1,516.06 บาท (ร้อยละ 1.53)

ตารางที่ 2 แสดงองค์ประกอบของต้นทุนรวม ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายและร้อยละของกิจกรรมการพยาบาลระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 30)

องค์ประกอบของต้นทุน	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนเฉลี่ย (บาท)	ร้อยละ
ต้นทุนค่าแรง	94,423.49	3147.45	96.47
ต้นทุนค่าวัสดุ	3,448.48	114.95	3.52
ค่าลงทุน (สาธารณูปโภค)	10.20	0.34	0.01
รวม	**97,882.17**	**3262.74**	**100**

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบของต้นทุนรวม ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายและร้อยละของกิจกรรมการพยาบาลระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน (สาธารณูปโภค) รวม 97,882.17 บาท ต้นทุนที่สูงสุดคือ ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 94,423.49 บาท (ร้อยละ 96.47) รองลงมาคือ ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 3,448.48 บาท (ร้อยละ 3.52) และต้นทุนต่ำสุดคือ ค่าลงทุน (สาธารณูปโภค) เท่ากับ 10.20 บาท (ร้อยละ 0.01) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ต้นทุนต่อกิจกรรมการพยาบาล และต้นทุนต่อราย จากกิจกรรมการพยาบาลระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมด 5 กิจกรรมหลัก (n = 30)

กิจกรรมหลักตามมาตรฐาน	เวลาทำกิจกรรมเฉลี่ย (นาที)	เวลาทำกิจกรรมรวม (นาที)	ต้นทุนกิจกรรม ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุน ปันส่วน	จำนวนกิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุน (บาท ต้นทุน	กิจกรรมรวม ต่อราย (บาท)	ต้นทุนต่อกิจกรรม (บาทต้นทุนต่อราย (บาท)
1. กิจกรรมพยาบาลก่อนระงับความรู้สึกผู้ป่วย	33	993	4,414.03	1,585.50	219.40	135	6,218.92	165.40	165.40
2. กิจกรรมพยาบาลขณะผู้ป่วยได้ระงับความรู้สึก	116	3,480	22,836.45	549.03	81.23	671	23,466.71	107.88	782.22
3. กิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดเพื่อพักฟื้น	60	1,819	7,922.75	18.10	163.75	336	8,732.93	143.43	291.10
4. กิจกรรมพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย	10.47	314	1,309.00	9.60	197.46	90	1,516.06	50.54	50.54
5. การบริหารจัดการและงานสนับสนุน	224.90	6,747	57,941.26	1,296.45	-	824	59,237.71	1,974.59	1,974.59
รวม	**444.37**	**13,353**	**94,423.49**	**3,458.68**	**661.84**	**2,056**	**99,172.33**	**3,263.85**	**2,441.84**

จากตารางที่ 3 เมื่อจำแนกต้นทุนต่อกิจกรรมตามกิจกรรมหลักทั้ง 5 กิจกรรมหลัก พบว่า การบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนต่อกิจกรรมสูงสุดเท่ากับ 1,974.59 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมพยาบาลก่อนระงับความรู้สึกมีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 165.40 บาท และต้นทุนต่อกิจกรรมน้อยที่สุดคือกิจกรรมพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย มีค่าเท่ากับ 50.54 บาท

ต้นทุนต่อรายกิจกรรมตามกิจกรรมหลักทั้ง 5 กิจกรรมหลัก พบว่า การบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนต่อรายสูงที่สุดเท่ากับ 1,974.59 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมพยาบาลขณะผู้ป่วยได้ระงับความรู้สึกมีค่าเท่ากับ 782.22 บาท และต้นทุนต่อรายที่น้อยที่สุดคือ กิจกรรมพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย มีค่าเท่ากับ 50.54 บาท

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง รวมทั้ง 5 กิจกรรมหลัก จากการศึกษาในผู้รับบริการ จำนวน 30 คน มีต้นทุนกิจกรรมรวมทั้งหมดเท่ากับ 99,172.33 บาท มีต้นทุนค่าแรงสูงเท่ากับ 94,423.49 จากการที่ต้องใช้เจ้าหน้าที่บุคลากรที่มีประสบการณ์มากและจำนวนมากทำให้ต้นทุนค่าแรงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ในด้านต้นทุนที่มีค่าสูงสุดคือต้นทุนค่าแรงบุคลากร[15] และจากการวิจัย พบว่า กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนสูงที่สุด (59,237.71 บาท) เนื่องจากกิจกรรมการบริหารและงานสนับสนุนมีกิจกรรมการบริหารและงานสนับสนุน ที่ประกอบไปด้วยรายละเอียดของกิจกรรมย่อยที่มากกว่ากิจกรรมการพยาบาลในระยะอื่น และส่วนใหญ่กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน จะประกอบไปด้วยการจัดการอุปกรณ์และยาให้พร้อมใช้ในการระงับความรู้สึกและการป้องกันการปนเปื้อนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในห้องผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องมีการบริหารจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 การจัดการชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้แก่บุคลากร การจัดบริหารการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มาจากหอผู้ป่วย และส่งกลับไปยังหอผู้ป่วย การจัดบริหารทางด้านการเงิน และการจัดการบริหารการบันทึกทางการพยาบาลและเอกสารอื่น ๆ จึงต้องใช้บุคลากรจำนวนมากกว่าการระงับ

ความรู้สึกทั่วไป และเวลาเฉลี่ยในระยะการบริหารจัดการและสนับสนุน มีเวลาที่สูง โดยมีเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 224.90 นาที[16]

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การใช้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลที่มากจะทำให้ต้นทุนค่าแรงสูง และเมื่อต้องใช้จำนวนพยาบาลวิสัญญีเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้มีค่าแรงยิ่งมากขึ้นกว่าการให้บริการระงับความรู้สึกทั่วไป ส่งผลทำให้ต้นทุนค่าแรงสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องของ กิจกรรมที่ใช้เวลานาน ต้นทุนก็จะสูง[6] ผู้บริหารจึงควร บริหารจัดการอัตรากำลังให้สอดคล้องกับลักษณะงานการพยาบาลผู้ป่วย จัดลักษณะงานให้มีความเหมาะสมกับบุคลากรในแต่ละระดับ กำหนดให้บุคลากรอื่น ๆ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแทนได้โดยที่ไม่กระทบต่อมาตรฐานและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดต้นทุนค่าแรงที่สูงขึ้นโดยไม่จำเป็น การศึกษาครั้งนี้เป็นโรคติดต่อทางระบบหายใจ ที่อุบัติขึ้นใหม่ต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล อุปกรณ์ป้องการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่นทำให้ต้นทุนสูง ทำให้ต้องมีการบริหารต้องจัดการเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ ให้เหมาะสมและเพียงต่อโรคที่อุบัติขึ้น แต่การบริหารจัดการอาจทำให้โรงพยาบาลเกิดภาวะขาดทุนได้ ผู้บริหารจึงต้องคิดหาแนวทางในการเรียกเงินคืนจากต้นสังกัดสิทธิการรักษาของผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลให้ได้เร็วที่สุด

2. ต้นทุนต่อกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยจำแนกตามกิจกรรมหลัก พบว่าต้นทุนกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนรวมเท่ากับ 59,237.71 บาท เมื่อจำแนกตามกิจกรรมย่อย พบว่า กิจกรรมการบริหารจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีต้นทุนรวมสูงสุด เท่ากับ 28,890.39 บาท เนื่องจากกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน กิจกรรมการบริหารจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีต้นทุนรวมสูงสุด เกิดจากที่พยาบาลวิสัญญีต้องจัดการทำความสะอาดร่วมกับพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนี้ยังมีผู้ช่วยเหลือคนไข้ ช่วยทำความสะอาดห้องและจัดเก็บอุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ ทำการอบห้องฆ่าเชื้อเครื่องแสงยูวีซี ซึ่งมีกิจกรรมมาก และต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นจากการบริการผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ไม่ติดเชื้อ

3. ต้นทุนกิจกรรมต่อราย พบว่า กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุนมีกิจกรรมย่อย คือ การบริหารจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีต้นทุนกิจกรรมต่อรายสูงที่สุด (963.01 บาท) เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยต้องมีความละเอียด รอบคอบในการทำกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย การทำหัตถการต่าง ๆ ในขณะที่สวมใส่ชุดป้องกันส่วนบุคคล จึงทำให้มีการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ปกติทั่วไป จากการที่หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา และกลไกในการตั้งครรภ์ที่มาก เมื่อมีการติดเชื้อจะเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะระบบหัวใจ และระบบหายใจ จะกระตุ้นให้ระบบการหายใจล้มเหลวได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยรุ่นแรง และเสียชีวิตได้ ซึ่งมีพยาธิสภาพของการเกิดโรคที่ซับซ้อน จึงจำเป็นต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก และต้องมีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลและทำหัตถการ การที่ใช้บุคลากรที่มีประสบการณ์จำนวนมากก็จะใช้ต้นทุนค่าแรงมากขึ้นตามไปด้วย จึงทำให้เกิดต้นทุนค่าแรง กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีค่าสูงสุดในการพยาบาลระงับความรู้สึก

จากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการใช้ทรัพยากร และต้นทุนค่าแรงที่สูงขึ้นกว่าสถานการณ์ปกติ ผู้บริหารการพยาบาลควรเพิ่มประสิทธิภาพในองค์กร โดยการบริหารงานด้านการจัดการด้านบุคลากร เครื่องมือที่มีมูลค่ามาก อาคารสถานที่ การจัดการทรัพยากรไฟฟ้า และน้ำประปา ให้มีความคุ้มค่าคุ้มทุนมากที่สุด ควรมีลดหรือตัดการใช้ทรัพยากรหรือลด/รวมกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า เพื่อลดความสูญเปล่าของทรัพยากร และปรับกิจกรรมที่มีมากให้ลดน้อยลง แต่ยังคงความสำคัญที่ควรปฏิบัติและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญของการจัดอัตรากำลังของบุคลากรในหน่วยงาน และการบริหารเวลาให้มีความสอดคล้องกับบริบทงานหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 การวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activities based costing: ABC) ทำให้ผู้บริหารสามารถ

นำผลของการวิเคราะห์ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนผลิตภัณฑ์ มาวางแผนบริหารต้นทุน (Cost management) ด้วยการคิดคำนวณทรัพยากรค่าใช้จ่าย ให้เกิดสภาพการคล่องตัวทางการบริหารต้นทุน และเกิดคุณภาพในการตัดสินใจที่สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีจำกัด

1.2 ผู้บริหารสามารถนำค่าเฉลี่ยด้านเวลาที่ได้จากงานวิจัย มาใช้เป็นแนวทางบริหารเวลา บริหารเรื่องค่าแรง การควบคุมค่าวัสดุที่นำไปใช้โดยไม่จำเป็น หรือการหาเครื่องมือที่ทันสมัยมาใช้ เพื่อช่วยลดเวลา ลดอัตรากำลัง และลดค่าแรงได้

1.3 ผู้บริหารสามารถใช้เป็นแนวทางการกำหนดหรือเปรียบเทียบอัตราค่าบริการพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี เพื่อกำหนดอัตราค่าบริการให้เหมาะสมต่อไป

2. ด้านการวิจัยบริหารต้นทุน ผู้บริหารมีต้นแบบเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาการวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมในหน่วยงานอื่น ๆ หรือการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคที่อุบัติใหม่ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต้นทุนการจัดบริการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติมในด้านปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

2. ควรมีการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลนอกเหนือการใช้ ABC ควรใช้วิธีคิดแบบอื่นบ้าง เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis: CUA) หรือการใช้ลีน (Lean)

3. ควรมีการศึกษาต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีกิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมที่มีความถี่ของการปฏิบัติมากหรือน้อย อาจทำให้ได้ราคาต้นทุนที่แท้จริงมีความคลาดเคลื่อนได้

4. ควรนำแนวคิดวิเคราะห์ต้นทุนแบบ ABC ไปใช้กับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อจะได้ทราบต้นทุนของการบริการที่แท้จริง และผู้บริหารจะได้บริหารการเรียกเก็บเงินตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้โรงพยาบาลเกิดภาวะขาดทุน

References

1. Hammad WAB, Beloushi MA, Ahmed B, & Konje JC. Severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus-2 infection (COVID-19) in pregnancy-An overview. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2021;263(1):106-16.
2. Diriba K, Awulachew E, & Getu E. The effect of coronavirus infection (SARS-CoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis. European journal of medical research. 2020;25(1):1-14.
3. Achonu C, Laporte A, & Gardam M. The financial impact of controlling a respiratory virus outbreak in a teaching hospital: Lessons learned from SARS. Canadian Journal of Public Health. 2005;96(1):52-4.
4. Pan American Health Organization (PAHO). A third of pregnant women with COVID-19 unable to access life-saving critical care on time; 2021.
5. Wannachot J. Neonatal body temperature control. Journal of Prapokklao College of Nursing Chanthaburi. 2012;23(1):81-93. (in Thai)
6. Singchangchai P. Health economics for health services. 5th ed. 2015 (in Thai)
7. Pamornpun C. A Cost Analysis of Nursing Activities for COVID-19 Patient Screening at the Acute Respiratory Infection Clinic (ARI) in a Tertiary Hospital. Nursing Journal CMU. 2022;49(4): 248-60 (in Thai)
8. Al-Saidi SHM, & Gowda HN. Measures for Activity Based Costing Success: A Review. International Journal of Research in Commerce. IT & Management. 2014;4(5):10-2.

9. Kaplan RS, & Cooper R. Cost and effect: Using intergrated cost systems to drive profitability and performance. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press; 1998.
10. American Association of Nurse Anesthesiology (AANA). Standards for Nurse Anesthesia Practice; 2019.
11. Stewart D. Guidelines on Advanced Practice Nursing Nurse Anesthetists 2021. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses; 2021. (in Thai)
12. Jirasinthipok T. Bureau of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Nursing standards in hospitals. 2nd re. 3rd ed. 2008. (in Thai)
13. Keereeruk K. Nursing Activity Costing Analysis of Cesarean Section Management in a Private Hospital. Nursing Journal. 2020;47(2):345-55. (in Thai)
14. Gupta K, Attri J, Singh A, Kaur H, & Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. Saudi Journal of Anaesthesia. 2016;10(3):328-31.
15. Ratanavichai N. A Study of Unit Cost and Nursing Activity Base Costing of Dependent ElderlyBased on Long Term Care System, Dankhuntod Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19 (Suppl) 1:259-68 (in Thai)
16. Suraseranivong S. Announcement of the Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Guidelines for caring for infected patients or suspected of being infected with the COVID-19 virus in anesthesia. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. 2020. (in Thai)

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

Unit Cost and Break-Even Point Analysis of One Day Surgery Pterygium Service in a Private Hospital

สมรักษ์ จันทร์อบ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย* อุษา ตันทพงษ์
Somruk Chanoop Phechnoy Singchungchai* Usa tantapong
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
College of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ประชากรคือ รายงานต้นทุนและจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับที่เกิดจากค่าใช้จ่ายคิดจากจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด 38 คน และเจ้าหน้าที่ให้บริการ 142 คน จำนวน 12 หน่วยงาน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 11 แบบบันทึกดังนี้ 1) ข้อมูลบุคลากร 2) ต้นทุนค่าแรง 3) ต้นทุนค่าแรง แยกตามหน่วยต้นทุน 4) ต้นทุนค่าวัสดุรวม 5) ต้นทุนค่าวัสดุ แยกตามหน่วยต้นทุน 6) ต้นทุนค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ 7) ต้นทุนค่าเสื่อมราคาของอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์รวม 8) ต้นทุนค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ แยกตามหน่วยต้นทุน 9) พื้นที่การใช้งานของอาคารแยกตามหน่วยต้นทุน 10) แบบสำรวจการใช้เวลาของแพทย์ 11) ต้นทุนรวมโดยตรง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุน 2 ท่าน เชี่ยวชาญด้านบริหาร 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา อีก 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนรวม 12 หน่วยเท่ากับ 3,950,537.76 บาท เมื่อเทียบสัดส่วน ต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุและค่าลงทุน เท่ากับ ร้อยละ 98.55 : 0.05 : 1.40 (3,889,588.00 : 1,923.34 : 55,312.95 บาท) โดยต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 103,961.52 บาท/ราย ส่วนการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการ พบต้นทุนคงที่รวมเท่ากับ 2,820,846.00 บาท ต้นทุนแปรผันต่อหน่วยเท่ากับ 28,359.85 บาท มีจำนวนผู้มารับบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับปี 2565 เท่ากับ 38 ราย ส่วนราคาค่าบริการผ่าตัดต้อเนื้อเท่ากับ 12,000 บาท จึงยังไม่ถึงจุดคุ้มทุน ดังนั้นต้องมีผู้รับบริการ 173 คน จะถึงจุดคุ้มทุน ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์นี้แสดงให้เห็นว่าต้องมีจำนวนผู้มารับบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับเพิ่มจำนวน 135 รายจะถึงจุดคุ้มทุน

คำสำคัญ : จุดคุ้มทุน, ต้นทุนต่อหน่วย, บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ, โรงพยาบาลเอกชน

Abstract

This descriptive research aims to analyze the unit cost and break-even point of providing a one-day pterygium operation with in private hospital. The population was the reports on per unit cost and break-even point of 38 patients and 142 service staff in 12 departments from 1 January 2022 to 31 December 2022. 4) Total material cost 5) Material cost 6) Depreciation cost of goods 7) Depreciation cost of total buildings and

Corresponding author: *Email: Professorphechnoy@gmail.com

วันที่รับ (received) 30 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 31 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 ส.ค. 2566

equipment 8) Depreciation cost of goods Breakdown by cost unit 9) Building application area by cost unit 10) Physician time use survey 11) Direct total cost. Content validity was tested by 5 experts, 2 experts in cost analysis, 2 experts in management, 1 expert in ophthalmology, and the content validity value was 0.98. The data were analyzed using descriptive statistics number, frequency, percentage, ratio, and mean.

The results of the research showed that the total cost of 12 units was 3,950,537.76 baht. A compared to the proportion of labor costs : materials and investment costs equal to 98.55 : 0.05 : 1.40 (3,889,588.00 : 1,923.34 : 55,312.95 baht) with the unit cost being 103,961.52 baht per person. Break-even analysis per service unit The total fixed cost was 2,820,846.00 baht, the variable cost per unit was 28,359.85 baht, the number of people who received pterygium surgery on a day back in 2022 was 38, and compared with the reimbursement of 12,000 baht. Therefore, it takes 173 case to reach break-even. This empirical data shows that the number of people who receive a one-day pterygium surgery must increase by 135 to reach break-even.

Keywords: Per unit cost, breakeven point, one-day pterygium operation service

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวถึงคนทั่วโลกอย่างน้อย 2.2 พันล้านคน[1] ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นและมีอย่างน้อย 1 พันล้านคนที่ยังไม่ได้รับการรักษาซึ่งนโยบายขององค์การอนามัยโลกสนับสนุนในการเสริมสร้างการป้องกันการตาบอดระดับชาติ โดยมียุทธศาสตร์ล่าสุดคือ “สุขภาพดวงตาสากล” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงบริการดูแลดวงตาเป็นไปอย่างครอบคลุมทั่วถึงเป็นไปตามเป้าหมายระดับโลก ลดความชุกของความบกพร่องทางสายตาที่หลีกเลี่ยงได้ร้อยละ 25[1] โรคต้อเนื้อ (Pterygium) เป็นโรคตาที่พบบ่อยที่สุดในโลก[2] จากการศึกษาข้อมูลความชุกของต้อเนื้อทั่วโลกมีร้อยละ 0.7 ถึง ร้อยละ 533 ส่วนในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคต้อเนื้อส่วนใหญ่ในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปพบเป็นโรคต้อเนื้อกว่าร้อยละ 8.8 ที่ภาคเหนือมีความชุก ร้อยละ 0.97[4] ยุทธศาสตร์ ประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กำหนดแผนให้มีโครงการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์อย่างรวดเร็วและทั่วถึง ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ[5] การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision with graft) เป็นหนึ่งใน 12 กลุ่มโรคได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติรวมถึงประเทศไทย

โรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษา เดิมยังไม่เคยจัดบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจากยุทธศาสตร์ ของกระทรวงสาธารณสุขจึง ได้ดำเนินการจัดบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามนโยบายกำหนด ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงปัจจุบัน โดยเริ่มดำเนินการผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยต้อเนื้อจากแนวโน้มของข้อมูลผู้ป่วยมาใช้บริการผ่าตัดต้อเนื้อ ในปี 2562 จำนวน 27 ราย ปี 2563 จำนวน 30 ราย และปี 2564 จำนวน 32 ราย มีแนวโน้มสูงขึ้นและเดิมรูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อเนื้อต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 3 วัน ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่สูง ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล ผู้ใช้บริการและครอบครัว ในปี 2563 เทียบกับ ปี 2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.16 ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานในประเทศออสเตรเลียว่า มีค่าใช้จ่ายต่อปี ที่เกิดจากการรักษาต้อเนื้อด้วยยา ประมาณ 3.2 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลียและเป็นค่าผ่าตัดประมาณ 4.8 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย โรงพยาบาลที่ทำการศึกษายังไม่เคยจัดบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทำให้ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เรื่องต้นทุนการจัดบริการผ่าตัด แบบวันเดียวกลับของแต่ละกลุ่มโรค บริบทของโรงพยาบาลเอกชนในเรื่องต้นทุนและจุดคืนทุนเป็นเรื่องที่สำคัญ เพื่อการนำไปวางแผนการจัดบริการของแต่ละกลุ่มโรค ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินและการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดของโรงพยาบาลอย่างคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์[7] เช่นเดียวกับในภาคอุตสาหกรรมที่นิยมการบริหารต้นทุนด้วยการหาจุดคุ้มทุน แต่อุตสาหกรรมส่วนใหญ่จะใช้เฉพาะเพื่อตรวจสอบสถานการณ์กำไรและขาดทุนของหน่วยงานเท่านั้น[8] การวิเคราะห์ต้นทุนด้วยเทคนิคนี้มีประโยชน์สำหรับการประเมินโครงการหรือการบริการทั้งรูปแบบใหม่และขยายการบริการต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาธุรกิจ[9] หลักการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนบางครั้งเรียกว่า การวิเคราะห์ต้นทุนปริมาณการผลิต ข้อดีของการ

ประยุกต์ใช้จุดคุ้มทุนคือการใช้สูตรทางคณิตศาสตร์อย่างง่าย เพื่อกำหนดระดับการขายที่ธุรกิจไม่ได้ก่อให้เกิดการสูญเสีย หรือทำกำไรใช้ทั้งวิธีกราฟิกและพีชคณิต[10]

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษา มีความจำเป็นที่จะต้องมีข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารต้นทุน แต่ที่ผ่านมาโรงพยาบาลที่ศึกษายังไม่มีผลการศึกษาที่กล่าวมา ขณะเดียวกันการศึกษางานวิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเช่น การศึกษา[20] เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุน การให้บริการฉายรังสี ด้วยเครื่องฉายรังสีแบบเกลียวหมุนใน โรงพยาบาลเฉพาะทาง ด้านโรคมะเร็ง ส่วนการศึกษา[21] การพัฒนารูปแบบการจัดบริการ พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ในการผ่าตัดแบบเดียวกลับ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ยังไม่พบการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนในการจัดบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มาใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับด้านงบประมาณและระยะเวลา

ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น รับผิดชอบบริหารงานหอผู้ป่วยใน มีหน้าที่สำคัญในการหาต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่ทำการศึกษา ได้ตะหนักถึงความสำคัญ ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับ เพื่อคิดต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุน เสนอผู้บริหารระดับสูง จึงได้มีการทำวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการและจุดคุ้มทุนของการจัดบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับนี้เพื่อทำให้ทราบถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ใหม่เกี่ยวกับการบริหารต้นทุนและหาความคุ้มทุนในการให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ซึ่งเป็นวิธีใหม่ที่โรงพยาบาลได้ทำตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย[11] และการวิเคราะห์จุดคุ้มทุน[12] เป็นการวิเคราะห์ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ให้บริการสุขภาพ (Health care provider perspective) คำนึงถึงเฉพาะต้นทุนที่โรงพยาบาลต้องจ่ายเพื่อให้บริการเกิดขึ้น การวิเคราะห์จุดคุ้มทุนอย่างง่ายและยังสามารถนำข้อมูลผลการวิจัยไปวางแผนการขยายบริการให้มีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถนำการคิดวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุนในการผ่าตัดต่างๆ เป็นตัวอย่างของโรงพยาบาลเอกชนที่จัดบริการผู้ป่วยต้อเนื้อหรือต้อกระจกตามนโยบายของรัฐบาล และเป็นต้นแบบในการคิดต้นทุนของระบบบริการทางสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ สามารถจัดการบริการได้คุ้มค่าคุ้มทุน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

2. เพื่อศึกษาการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนของการให้บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

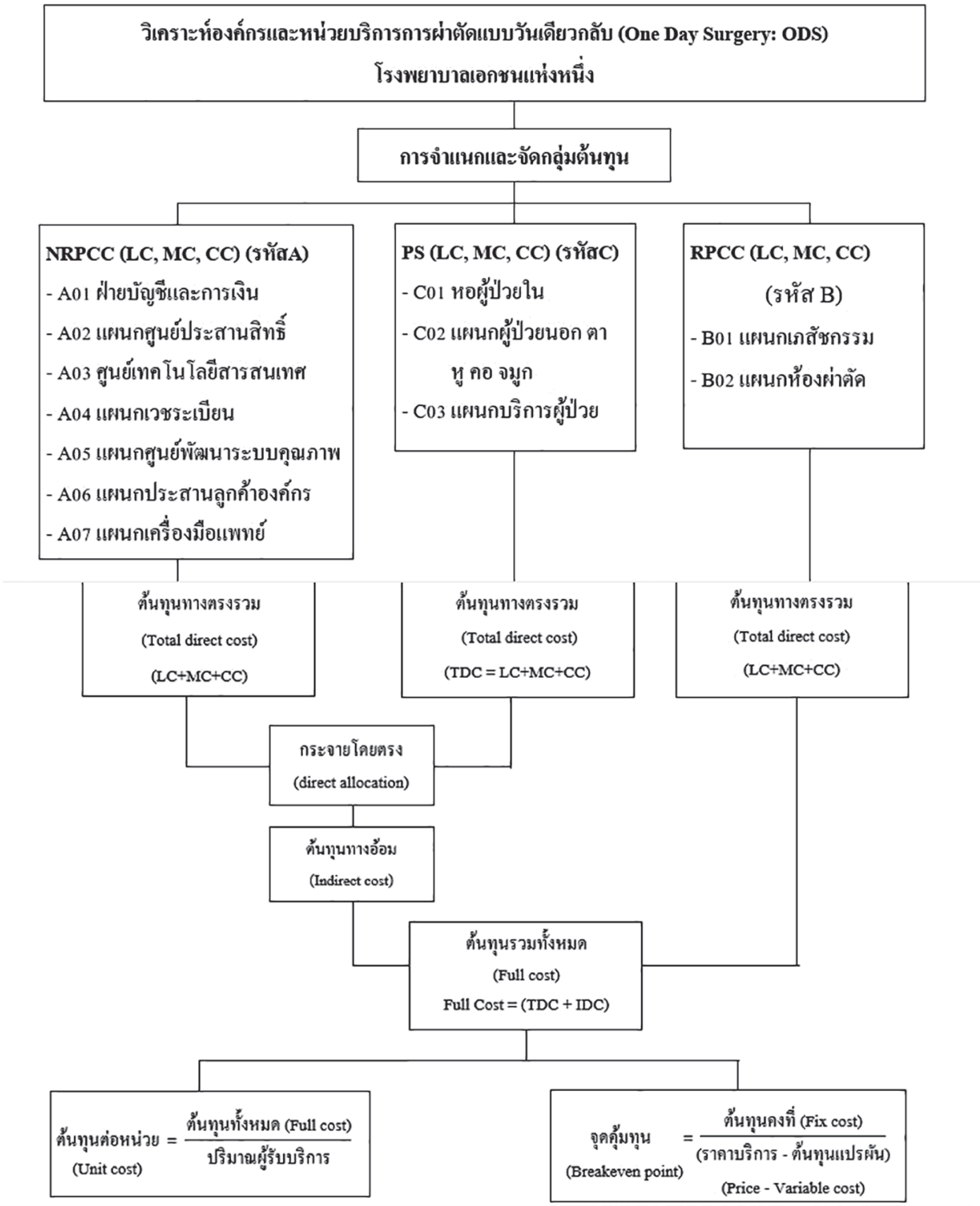
คำถามที่ใช้ในการวิจัย

1. ต้นทุนต่อหน่วยการบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษาเป็นเท่าใด

2. จุดคุ้นทุนของการบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษามีค่าเท่าใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการ วิเคราะห์ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ให้บริการสุขภาพ(Health care provider perspective) คำนึงถึงเฉพาะต้นทุนที่โรงพยาบาล ต้องจ่ายเพื่อให้บริการเกิดขึ้น ได้นำการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย[11] และการวิเคราะห์จุดคุ้มทุน[12] เป็นการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนอย่างง่าย ดังภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ ประกอบไปด้วย ด้านเนื้อหา ด้านประชากร และด้านระยะเวลา ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565–31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการคิดวิเคราะห์หัตถการการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับเป็นการผ่าตัดขนาดเล็กและมีผู้มารับบริการจำนวนน้อย จึงเป็นข้อจำกัดในการคิดวิเคราะห์ด้วยอัตราลด (Discount rate) ประชากรที่ศึกษา คือ รายงานต้นทุนทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของรพ.เอกชนที่ทำการศึกษา 12 หน่วยงาน จำนวนเจ้าหน้าที่ 142 คนผู้รับบริการทั้งหมด 38 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน รวมทั้งหมด 12 แบบบันทึก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยให้บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษาเป็นข้อมูลเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ให้บริการในหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมด 11 แบบบันทึก ประกอบด้วยดังนี้ 1. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าแรง (Labor Cost : LC) 2. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าแรง แยกตามหน่วยต้นทุน ((Labor Cost 1 : LC1) 3. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุรวม (Material Cost : MC) 4. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุแยกตามหน่วยต้นทุน (Material Cost-1 : MC-1) 5. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ (Capital Cost : CC) 6. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าเสื่อมราคาของอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์รวม (Capital Cost-2 : CC-2) 7. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ แยกตามหน่วยต้นทุน (Capital Cost-2.1 : CC-2.1) 8. แบบบันทึกข้อมูลพื้นที่การใช้งานของอาคารสิ่งก่อสร้างแยกตามหน่วยต้นทุน (Capital Cost-2.3 : CC-2.3) 9. แบบสำรวจการใช้เวลาของแพทย์ (Doctor Time Sharing : DTS) 10. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนรวมโดยตรง (Total Direct Cost : TDC) 12. แบบสำรวจการใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ (General Time Sharing : GTS) การตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการ 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านบริหาร 2 ท่าน และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา อีก 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม ความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความสอดคล้องของข้อมูลนำมาหาค่าความตรงของเนื้อหาทั้ง 11 แบบบันทึกและทั้งฉบับ (Content validity index : CVI) = 0.98 และนำแบบบันทึกมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาต้นทุนและจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยคริสเตียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่ทำการศึกษา ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ฝ่ายบัญชีและการเงิน ฝ่ายการพยาบาล แผนกบริการผู้ป่วยตา หู คอ จมูก แผนกห้องผ่าตัด ขออนุญาตเก็บข้อมูลด้านการเงินของบุคลากร งานพัสดุ จัดซื้อ ของโรงพยาบาล จัดจำแนกกลุ่มหน่วยงานที่ศึกษาเป็นหน่วยต้นทุน กลุ่มงานที่มีรหัสนำหน้าด้วย A เป็นกลุ่มต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-Revenue Producing Cost Center: NRPCC) กลุ่มงานที่มีรหัสนำหน้าด้วย B เป็นกลุ่มต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Center: RPCC) กลุ่มงานที่มีรหัสนำหน้าด้วย C เป็นกลุ่มต้นทุนที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง (Patient Service)

2. ขั้นตอนดำเนินการ ทำการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจาก 1. แหล่งทุติยภูมิ ได้แก่ การเบิกเงิน รายการเบิกจ่ายวัสดุ บัญชีค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภค ทะเบียนทรัพย์สิน และสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับในแผนกผู้ป่วยนอก และห้องผ่าตัด ปี 2565 2. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บข้อมูลปริมาณบริการบางประเภทที่หน่วยต้นทุนให้บริการกับหน่วยงานอื่นที่ไม่มีการบันทึกข้อมูล จะทำการสุ่มเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งส่วน การคิดค่าสัดส่วนหรือเกณฑ์ในการกระจายต้นทุน (allocation criteria) ของหน่วยงานไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) และก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) เพื่อกระจายต้นทุนจากหน่วยงานหนึ่งไปยังหน่วยงานอื่นๆการหาต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) นั้นจะต้องกระจายต้นทุนของหน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient cost center) ไปยังหน่วยรับต้นทุน (Absorbing cost center) ทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัย โดยผ่านคณะผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ใบรับรองจริยธรรม น. 10/2565 ลงวันที่ 6 มกราคม 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายถึง วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนรายละเอียดในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายได้และค่าสวัสดิการต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่ศึกษาตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 และผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ 1. เก็บรวบรวมข้อมูลและใช้ข้อมูล รายงานในรูปฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และบันทึกการเงิน บันทึกค่าวัสดุ

บันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยรักษาเป็นความลับและตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 2. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะนำเสนอทางวิชาการในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การประมวลผลโปรแกรมสำเร็จรูป (Microsoft Excel) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึก ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน หลังตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วมาประมวลผลเพื่อหาต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ประกอบด้วย 3 ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost: TDC) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost: IDC) ต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) และการคำนวณหาจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการ(Break-even point) ดังนี้

1. การคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษา โดยนำต้นทุนทั้งหมดของแต่ละหน่วยบริการหารด้วยปริมาณผู้มารับบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ ดังสูตร

$$\textbf{1.1 ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost)} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) ของแต่ละหน่วยบริการ}}{\text{ปริมาณผู้มารับบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ}}$$

2. ส่วนการคิดต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) คำนวณหาจากข้อมูล ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost) ที่เกิดจากหน่วยต้นทุน 12 หน่วย ประกอบด้วย 1.หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) 7 หน่วย เป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient Cost Center) โดยคำนวณจากผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุน

2.1 ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) = ต้นทุนทางตรงรวม (TDC) + ต้นทุนทางอ้อม (IDC)

2.2 ต้นทุนทางตรงรวม (TDC) = ต้นทุนค่าแรง (LC) +ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) +ต้นทุนค่าลงทุน (CC)

2.3 ต้นทุนทางอ้อม(Indirect Cost) คำนวณเพื่อหาต้นทุนรวมทางอ้อมของหน่วยงานที่รับต้นทุน (Absorbing cost center) จากหน่วยต้นทุนชั่วคราวที่ส่งต้นทุนไป (Transient cost center) ผลลัพธ์ของการกระจายต้นทุนจะทำให้ต้นทุนของหน่วยต้นทุนชั่วคราว (TCCs) กลายมาเป็นต้นทุนทางอ้อมของหน่วยรับต้นทุน (ACCs) จนหมด ไม่เหลือต้นทุนอยู่ที่หน่วยต้นทุนชั่วคราว

3. จุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการ (Break-even point) การตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โดยคำนวณนำต้นทุนคงที่รวม (Total Fixed Cost: TFC) ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินค่าวิชาชีพ เงินค่าประสบการณ์และเงินค่าครองชีพ หารด้วยราคาค่าบริการ (Price) คือ ราคาค่าบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ลบด้วย ต้นทุนแปรผันต่อหน่วย (Variable Cost) ประกอบด้วย เงินค่ารักษาพยาบาล เงินค่าล่างเวลา ในหน่วยบริการในที่นี้จะใช้จำนวนผู้มารับบริการ เป็นตัวบอกถึงความคุ้มทุนของการให้บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษา

$$\textbf{จุดคุ้มทุน(ปริมาณของผู้รับบริการ) (Break-even point)} = \frac{\text{ต้นทุนคงที่รวม (total fixed cost)}}{\text{ราคาบริการต่อหน่วย- ต้นทุนแปรผันต่อหน่วย (price/unit) – (variable cost/unit)}}$$

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยให้บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษา ปี 2565 บุคลากรในหน่วยให้บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่ทำการศึกษา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ปี 2565 ดังนี้ เพศชายจำนวน 18 คน (ร้อยละ 12.67) เพศหญิง จำนวน 124 คน(ร้อยละ 87.32) เมื่อพิจารณาตามประเภทของบุคลากร พบว่า มี แพทย์จำนวน 2 คน (ร้อยละ1.40) พยาบาลจำนวน 17 คน (ร้อยละ 11.97) เภสัชกรจำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.22) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 44 คน (ร้อยละ 30.98) และพนักงานสนับสนุน จำนวน 73 คน (ร้อยละ 51.40)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ซึ่งประกอบด้วย 3 ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost: TDC) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost: IDC) ต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) คิดจากองค์ประกอบของต้นทุน แยกตามลักษณะหน้าที่ความสัมพันธ์ของต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละขององค์ประกอบของต้นทุน ของหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลเอกชน ที่ศึกษาปี 2565 แยกตามลักษณะหน้าที่ความสัมพันธ์ของต้นทุน

องค์ประกอบของต้นทุน	จำนวนเงิน (บาท)	ร้อยละ
ต้นทุนค่าแรง (Labor cost)	3,889,588.00	98.55
ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost)	1,923.34	0.05
ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost)	55,312.95	1.40
ต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost)	**3,946,833.29**	**100**

หมายเหตุ ต้นทุนทางตรงรวม (TDC) = ต้นทุนค่าแรง (LC) +ต้นทุนค่าวัสดุ (MC)+ต้นทุนค่าลงทุน (CC)

จากตารางที่ 1 พบว่า ต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด เท่ากับ 3,889,588 บาท (ร้อยละ 98.55) รองลงมาคือ ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 55,312.95 บาท (ร้อยละ 1.40) และต้นทุนค่าวัสดุน้อยที่สุดเท่ากับ 1,923.345 บาท(ร้อยละ 0.05)

ส่วนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ คำนวณได้จากองค์ประกอบต้นทุนทั้ง 3 รวมกัน (LC+MC+CC) จะได้เป็นต้นทุนทางตรงรวม(TDC) และกระจายกระจายไปยังหน่วยรับต้นทุน (Absorbing cost center) คือ แผนกเภสัชกรรม แผนกห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอกตา หู คอ จมูก และแผนกบริการผู้ป่วย ด้วยเกณฑ์การกระจาย ผลที่ได้จากการกระจายต้นทุน จะเป็นต้นทุนทางอ้อม (IDC) ส่วนการวิเคราะห์ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) คิดได้จาก ต้นทุนทางตรงรวม (TDC) รวมกับต้นทุนทางอ้อม (IDC) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนทางตรงรวม (TDC) ต้นทุนทางอ้อม (IDC) รวมต้นทุนทั้งหมด (Full cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนทั้งหมด		รวมต้นทุนทั้งหมด	จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	Unit cost (บาท/ครั้ง)
	ต้นทุนทางตรง	ต้นทุนทางอ้อม			
แผนกบัญชีและการเงิน	505,795.83	505.80	506,301.63	38	13,323.72
แผนกศูนย์ประสานสิทธิ์	256,525.17	256.53	256,781.70	38	6,757.41
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ	154,776.75	77.39	154,854.13	38	4,075.10
แผนกเวชระเบียน	337,668.04	337.67	338,005.70	38	8,894.88
ศูนย์พัฒนาระบบคุณภาพ	84,984.59	42.49	85,027.08	38	2,237.55
แผนกประสานลูกค้าองค์กร	166,040.67	83.02	166,123.70	38	4,371.67
แผนกเครื่องมือแพทย์	78,922.77	39.46	78,962.23	38	2,077.95
แผนกเภสัชกรรม	655,610.59	655.61	656,266.20	38	17,270.16
แผนกห้องผ่าตัด	695,335.76	695.34	696,031.10	38	18,316.60
หอผู้ป่วยใน	167,174.92	167.17	167,342.09	38	4,403.73
แผนกผู้ป่วยนอก ตา หู คอ จมูก	588,152.73	588.15	588,740.88	38	15,493.18
แผนกบริการผู้ป่วย	255,845.47	255.85	256,101.32	38	6,739.50
รวม	**3,946,833.29**	**3,704.47**	**3,950,537.76**	**38**	**103,961.52**

หมายเหตุ **ต้นทุนทั้งหมด** (Full cost) = **ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct cost) + ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost)**
ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) = **ต้นทุนทั้งหมด(Full Cost) ของแต่ละหน่วยบริการ / ปริมาณผู้มารับบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ**

ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost: TDC)

จากตารางที่ 2 พบว่าต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost: TDC) ของหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษาในปี 2565 ทั้งหมด 3,946,833.29 บาท โดยพิจารณาตามกลุ่มหน่วยต้นทุน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 หน่วยคือ หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 1,584,713.82บาท (ร้อยละ 100) เมื่อจำแนกตามสัดส่วนของต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน เท่ากับ 98.16 : 0.00 : 1.84) ส่วนต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC/PS) เท่ากับ 2,362,119.47บาท (ร้อยละ 100) โดยมีต้นทุน ค่าแรงสูงที่สุดเท่ากับ 2,334,106.00 บาท (ร้อยละ 98.80) รองลงมาคือต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 55,312.95บาท (ร้อยละ 1.40) และมีต้นทุนค่าวัสดุน้อยที่สุดเท่ากับ 1,846.28 บาท (ร้อยละ0.08) จำแนกตามสัดส่วนของต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน เท่ากับ 98.55 : 1.40 : 0.05

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost: IDC)

จากตารางที่ 2 เกิดจากการนำต้นทุนทางตรงรวมของหน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient cost center กระจายไปยังหน่วยรับต้นทุน(Absorbing cost center) คือ แผนกเภสัชกรรม แผนกห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอกตา หู คอ จมูกและแผนกบริการผู้ป่วย ด้วยเกณฑ์การกระจาย คือ สัดส่วนของต้นทุนทางตรงรวมของหน่วยรับต้นทุน เมื่อนำสัดส่วนของต้นทุนทางตรงรวม ของหน่วยรับต้นทุนคูณด้วยผลรวมของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุนของหน่วยต้นทุนชั่วคราว ผลที่ได้จากการกระจายต้นทุน จะเป็นต้นทุนทางอ้อม

ต้นทุนรวมทั้งหมด (Full cost)

ข้อมูลจากตารางที่ 2 พบว่าต้นทุนรวมทั้งหมดของหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อเท่ากับ 3,950,537.76 บาท ซึ่งมีต้นทุนรวมของแผนกห้องผ่าตัดสูงที่สุด เท่ากับ 696,031.10 บาท รองลงมาคือ แผนกเภสัชกรรม เท่ากับ 656,266.20 บาท และต้นทุนรวมทั้งหมดของแผนกบริการผู้ป่วยน้อยที่สุด เท่ากับ 256,101.32 บาท

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษาในปี 2565 ทั้งหมดเท่ากับ 103,961.52 บาท เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของแต่ละหน่วยต้นทุน คำนวณโดย นำต้นทุนทั้งหมดของแต่ละหน่วยบริการ หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการ จำนวน 38 รายในหน่วยต้นทุนนั้น ดังตารางที่ 2 พบว่า ต้นทุนของแผนกห้องผ่าตัดมีต้นทุนต่อหน่วยบริการมากที่สุด เท่ากับ 18,316.60 บาท รองลงมาคือ ต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกเภสัชกรรมเท่ากับ 17,270.16 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกบริการผู้ป่วยมีน้อยที่สุด เท่ากับ 6,739.50 บาท และเมื่อคิดต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกผู้ป่วยนอกตา หู คอ จมูกโดยตรง พบว่ามีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 15,493.18 บาท ซึ่งนำไปคิดจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษา

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ

การวิเคราะห์จุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการ (Break-even point calculation) ผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ คำนวณโดย นำต้นทุนคงที่รวม (Total Fixed Cost: TFC) ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินค่าวิชาชีพ เงินค่าประสบการณ์ และเงินค่าครองชีพ หารด้วยราคาค่าบริการ (Price) คือ ราคาค่าบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษา ลบด้วย ต้นทุนแปรผันต่อหน่วย (Variable Cost) ประกอบด้วย เงินค่ารักษาพยาบาล เงินค่าล่างเวลา ในหน่วยบริการในที่นี้จะใช้จำนวนผู้มารับบริการ เป็นตัวบอกถึงความคุ้มทุนของการให้บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์จุดคุ้มทุน (Break even point)

รายการ	บาท	จำนวนผู้รับบริการ(คน)
Fix cost	2,820,846.00	173
Variable Cost/คน	28,359.85	
Price /ครั้ง	12,000.00	

หมายเหตุ Fix Cost = เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินค่าวิชาชีพ เงินค่าประสบการณ์และเงินค่าครองชีพ
Variable Cost = ประกอบด้วย เงินค่ารักษาพยาบาล เงินค่าล่วงเวลา
Price = ราคาค่าบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

จากตารางที่ 3 พบว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับจากราคาค่าบริการผ่าตัดต้อเนื้อ ของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา 12,000 บาท ดังนั้นต้องมีจำนวนผู้รับบริการเท่ากับ 173 คน จึงจะถึงจุดคุ้มทุน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ พบว่า การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost) ผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ แบ่งออกเป็น

1. องค์ประกอบของต้นทุนต่อหน่วยบริการ แบ่งตามลักษณะหน้าที่ความสัมพันธ์ของต้นทุนมี 3 องค์ประกอบ คือ ต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 3,889,588.00 บาทสูงที่สุด รองลงมาคือ ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 55,312.95 บาท ส่วนต้นทุนค่าวัสดุเท่ากับ 1,923.34 บาทน้อยที่สุด พิจารณาสัดส่วนต้นทุน (ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน) เท่ากับ 98.55 : 0.05 : 1.40 ซึ่งแตกต่างจากวิจัยอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยที่ผ่านมา[13] พบว่าต้นทุนค่าแรงมากที่สุด 13,163.73 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ 2,206.21 บาทและต้นทุนค่าลงทุน 1,057.79 บาทและมีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีสัดส่วนต้นทุน 67.49 : 26.78 : 5.73[14] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและลำคอโดยเทคนิคการฉายรังสีแบบแปรความเข้มและการฉายรังสีแปรความเข้มเชิงปริมาตรแบบหมุนในโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง ได้สัดส่วนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุนเท่ากับ 11.91 : 17.92 : 53.51[15] พบว่ามีค่าลงทุนมากที่สุด รองลงมาคือค่าวัสดุ และน้อยที่สุดคือค่าแรง เนื่องจากกำหนดกรอบของต้นทุนต่างๆ และลักษณะเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน หากพิจารณาความแตกต่างกันของข้อมูลต้นทุน ในแต่ละแห่งและแต่ละประเภทของข้อมูลต้นทุนนั้น พบว่า มีความต่างกันเนื่องจากปัจจัยจำนวนบุคลากร วัสดุ รวมถึงความเก่าใหม่ของสถานที่ตั้ง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ต้นทุน ในแต่ละแห่งต่างกัน[16] และอีกหนึ่งเหตุผลอาจเนื่องมาจากการศึกษาตามช่วงระยะเวลาที่แตกต่าง ซึ่งมีการปรับบัญชีเงินเดือนของบุคลากรเพิ่มขึ้นและค่าเสื่อมลดลง

2. ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost) ของหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษาในปี 2565 ทั้งหมด 3,946,833.29 บาท โดยพิจารณาตามกลุ่มหน่วยต้นทุน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 หน่วยคือ พบว่า ต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC/PS) สูงกว่า ต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) เท่ากับ 5,333,201.13 บาท และ 3,203,783.07 บาท ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามสัดส่วนของต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุนของหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC/PS) เท่ากับ 44.02 : 55.49 : 0.49 และสัดส่วนของหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC/NPS) เท่ากับ 48.55 : 50.54 : 0.91 สอดคล้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลทางภาคเหนือ17 ปีงบประมาณ 2558 มีมูลค่ารวม 338,184,971.71 บาท โดยสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 48.06 : 45.84 : 6.10 โดยหน่วยต้นทุนที่มีต้นทุนรวมโดยตรงสูงที่สุดคือ หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) ซึ่งมีต้นทุนรวมโดยตรงเท่ากับ 188,397,362.78 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.71 และหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) มีต้นทุนรวมโดยตรงเท่ากับ 66,553,323.40 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.68[17]

3. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ของหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ พบว่า แผนกห้องผ่าตัดมีต้นทุนทางอ้อมสูงที่สุด เท่ากับ 1,907.57 บาทต่อครั้ง (ร้อยละ24.24) รองลงมาคือ แผนกเภสัชกรรมเท่ากับ 1,627.79 บาทต่อครั้ง (ร้อยละ20.68) และแผนกประสานลูกค้าองค์กรมีต้นทุนทางอ้อมน้อยที่สุด เท่ากับ 105.68 บาทต่อครั้ง (ร้อยละ 1.34) เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสนับสนุน จึงต้องมีการส่งและรับต้นทุนระหว่างแผนกจนต้นทุนทั้งหมดไปรวมอยู่ที่หน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง และกำหนดหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการจัดกระจายต้นทุนจากหน่วยงานอื่นที่เป็นต้นทุนทางอ้อมในการให้บริการทั้งหมดให้ได้ต้นทุนที่แท้จริงโดยที่หน่วยบริการไม่ต้องแบกรับต้นทุนไว้มากเกินความ เป็นจริง[18]

4. ต้นทุนรวมทั้งหมด (Full Cost) ของหน่วยต้นทุนที่ให้บริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ พบว่าต้นทุนทั้งหมดของแผนกห้องผ่าตัด สูงที่สุด เท่ากับ 1,909,484.15 บาท (22.42%) รองลงมาคือ แผนกเภสัชกรรม เท่ากับ 1,629,421.37 (19.13%) บาท และต้นทุนทั้งหมดของแผนกบริการผู้ป่วยน้อยที่สุด เท่ากับ 284,103.03 บาท (3.33%) เนื่องจากค่าวัสดุและค่าแรงที่ใช้ในหน่วยงานมีมูลค่าสูงกว่าหน่วยงานอื่น

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อ

จำแนกตามหน่วยต้นทุนที่ให้บริการพบว่า ต้นทุนต่อ

หน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อรวมเท่ากับ 103,961.52 บาทต่อราย จำแนกเป็นต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกห้องผ่าตัดสูงที่สุด เท่ากับ 18,316.60 บาท เมื่อพิจารณาต้นทุนของแผนกห้องผ่าตัด ต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด ส่วนต้นทุนรองลงมาคือ ต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกเภสัชกรรมเท่ากับ 42,879.51 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกบริการผู้ป่วยมีน้อยที่สุด เท่ากับ 17,270.16 บาท และเมื่อคิดต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกผู้ป่วยนอกตา หู คอ จมูกโดยตรง พบว่ามีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 15,493.18 บาท สอดคล้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย และจุดคุ้มทุนของงานบริการผู้ป่วยใน[14] พบว่าต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยในอยู่ที่ 20,837.96 บาทต่อ 1 ครั้งที่มารับบริการ ส่วนศึกษา การวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกในศูนย์โรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง[19] พิจารณาจุดคุ้มทุน พบว่า มีเพียง 2 แผนกคือ กลุ่มงานศัลยศาสตร์และเลเซอร์ผิวหนัง และกลุ่มงานพยาธิวิทยา และแผนกที่ไม่คุ้มทุนมี 3 แผนกคือ งานบริการตรวจผู้ป่วยผิวหนังทั่วไป กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานผื่นแพ้สัมผัสและอาชีวเวชศาสตร์

การวิเคราะห์จุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ พบว่าจากราคาค่าบริการผ่าตัดต้อเนื้อ ของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาที่ 12,000 บาท ต้องมีจำนวนผู้รับบริการเท่ากับ 173 ราย จึงจะถึงจุดคุ้มทุน เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา มีจำนวนผู้มารับบริการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับปี 2565 จำนวน 38 ราย ฉะนั้นต้องมีจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มจำนวน 135 ราย จึงจะถึงจุดคุ้มทุน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[8] ทำการวิเคราะห์แบบคุ้มทุนของหน่วย การตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าจุดคุ้มทุนมีการแสกน 203 ครั้งต่อเดือน ใช้ในการคำนวณราคาขายแบบคุ้มทุนเพื่อกำหนดการแก้ไขราคาขายเฉลี่ยต่อการตรวจด้วยเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เท่ากับ 6231 รูปี และการตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จุดคุ้มทุนที่คำนวณได้คือ 308 ครั้ง และสอดคล้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุนต่อหน่วยที่ผ่านมา[19] พิจารณาจุดคุ้มทุนพบว่ามี เพียง 2 แผนกคือกลุ่มงานศัลยศาสตร์และเลเซอร์ผิวหนัง และกลุ่มงานพยาธิวิทยา และแผนกที่ไม่คุ้มทุนมี 3 แผนก คืองานบริการตรวจผู้ป่วยผิวหนังทั่วไป กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานผื่นแพ้สัมผัสและอาชีวเวชศาสตร์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 ด้านการบริหารการพยาบาล ทำให้ทราบสัดส่วนต้นทุนที่แท้จริงและเป็นความรู้ใหม่ของการบริหารทางการพยาบาลเข้ามาเกี่ยวข้อง ผู้บริหารทางการพยาบาลในภาคเอกชน เน้นให้พยาบาลตะหนักถึง Cost Awareness ออกแบบการจัดบริการ (Service design) เพิ่มการเข้าถึงของผู้รับบริการ บริหารจัดการด้านอัตรากำลังให้เหมาะสมกับบริการ รวมถึงการวางแผนงบประมาณที่น่าเชื่อถือและประสิทธิภาพ

1.2 ด้านการบริหารต้นทุน ได้แนวทางการวิจัยไปต่อยอดงานวิจัยที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนในการจัดบริการเรื่องอื่นๆ เพื่อเป็นการขยายความรู้ในมิติของการบริหารต้นทุนซึ่งยังมีการศึกษาน้อย

1.3 ด้านการจัดบริการ ใช้ผลการวิจัยในการพิจารณาปรับปรับราคาค่าบริการ (price) หรือได้ทางเลือกในการเสนอ ชุดบริการที่มีราคาเป็นธรรมกับผู้รับบริการและเสนอต่อหน่วยงานที่เบิกจ่ายให้สอดคล้องกับการเบิกที่แท้จริง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุนอย่างต่อเนื่อง เช่น ศึกษาในกลุ่มที่ทำหัตถการมียอดค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงต้นทุนของหน่วยงานต่าง ๆที่เปลี่ยนแปลงไปและนำแนวคิดการคิดต้นทุนต่อหน่วยและการหาจุดคุ้มทุนในหน่วยบริการประเภทอื่นๆ ต่อไป

References

1. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. 2009. VISION 2020. WHO Regional Office for South-East Asia.
2. Supharatatnasittithi W. Pinguecula-Pterygium. Department of Physiology Faculty of Pharmacy, Mahidol University.2021. (in Thai)
3. Malozhen SA, Trufanov SV, Krakhmaleva, DA. Pterygium: Etiology, pathogenesis, treatment. Vestn. Oftalmol. 2017.
4. Chaidaroon W, & Vichakutakul W. Prevalence and associated factors for pterygium at a tertiary referral center in Northen Thailand. Thai Journal Ophthalmol.2016;30(2):95-100.

5. Division of Medical Technical and Academic Affairs Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Recommendations for the development of service systems One Day Surgery: ODS 2022 and Minimally Invasive Surgery: MIS). Bangkok: Charansanitwong printing. 2022.(in Thai)
6. Quality System Development Center private hospital, 2021.
7. Singchungchai P. Health economics for health services. Songkhla: Chanmuang publishing; 2012. (in Thai).
8. Singh A, Ravi P, & Joseph S. Indian Journal of Public Health Research & Development. 2020; 11(3):47-52.
9. Finkler S, & McHugh M. Financial Management for Nurse Management and Executive, (3rd Ed.). 2007.
10. Choudhary KP, & Patnaik Kumar S, & Singh Madhusudan M, & Kaushal G. Break-Even Analysis in Healthcare Setup, International Journal of Research Foundation of Hospital & Healthcare Administration, 2013; 1(1):29-32.
11. Creese A, & Parker D. Cost analysis in primary health care. A training manual for programme managers. Gevera: World Health Organization; 1994.
12. Nikolaos T, Sophocles P, Michael Z, & Christopher Z, & Business Sumup Break-Even Analysis. 2014.
13. Supasarn P, & Wisesrith W. A Study of Unit Cost and Activity Based Costing of Nursing Care for Palliative Care in Cancer Patients, Nang Rong Hospital, Buriram Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2018;18(9):158-63. (in Thai).
14. Tochaiwat K, Predeekanit K, Udom T, Srisubat A, Thaiyakul A. Unit Cost and Break-Even Point of Inpatients Service at the Supreme Patriarch Nyanasanwara Geriatric Medicine Hospital, Chonburi Province. Journal of the Department of Medical. 2018; 43(4):122-6.
15. Uadrang S, Chalermchawalit W, Siriarechakul S, Saranyusej Y, Pinsunthon P, & Kumfong I. Unit Cost and Break–Even Point of the Intensity Modulated Radiotherapy and the Volumetric Modulated Arc Therapy for Head and Neck Cancer Treatment in Lopburi Cancer Hospital. Journal of the Department of the Medical services 2020; 45(4): 75-80. (in Thai)
16. Singweratham N, Phongsakchat P, & Nansang S. Determining Unit Costs Per Student and Break-Even Pointof Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira. hristian University Journal.2021; 27(1):1-11.
17. Songwai S. Unit Cost Analysis of Fang Hospital, Chiang Mai Province Chiangrai Medical Journal 2017; 9(1): 133-6. (in Thai)
18. Sathagathonthon G. Cost Analysis and Worth in Cost of Education Management of the Faculty of Nursing, Naresuan University. Journal of Nursing and Health Research. 2020; 36(1):39-53.
19. Sangthong P, Singchungchai P, Limchaiarunruang S. Unit cost and Break-Even Analysis of Out-Patient Department at Regional Center of Tropical Dermatology, Trang Province for the Fiscal Year 2008. Journal of nursing science Chulalongkorn University. 2010; 21(3):59-69.
20. Khuanchana S, Lapo K, Boonkerd A, Uadrang S, Cost Analysis and Break-Even Point Radiation Services with Helical Tomotherapy in Cancer Specialized Hospitals. Journal of the Department of Medical Services. 2021; 46(2): 54-60.
21. Asawasudsakorn W, Chenphanitsub M, Kaewampai S, Pimratana C, The Development of Nursing Service Model for Patients Undergoing Anesthesia in One Day Surgery (ODS) at Buriram Hospital. Journal of the Department of Medical Services. 2021; 46(3):118-125.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน

Factors Related to Resilience among Primiparous Adolescent with Unplanned Pregnancy

นันท์นภัส สุพล*[1] พิริยา ศุภศรี[2] สุพิศ ศิริอรุณรัตน์[2]
Nannapat Supol*[1] Piriya Suppasri[2] Supit Siriarunrat[2]
[1]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา, นครนายก, ประเทศไทย 26120**
[1]**Faculty of Nursing , St Theresa International College ,Nakhonnayok , Thailand 26120**
[2]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี, ประเทศไทย 20131**
[2]**Faculty of Nursing , Burapha University ,Chon Buri, Thailand 20131**

บทคัดย่อ

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนจำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นในชีวิตสูงเพื่อก้าวข้ามความยากลำบากในชีวิตขณะตั้งครรภ์ การวิจัยเชิงพรรณาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นในชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน อายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลนครนายก จำนวน 84 ราย ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกต่อตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต โดยมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .74, .89, .86 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนมีความยืดหยุ่นในชีวิตอยู่ในระดับสูง (M =103.07, SD = 31.18) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .346$, $p < .01$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .415$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .293$, $p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า การส่งเสริมความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนจำเป็นต้องสร้างความตระหนักให้เห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

คำสำคัญ : วัยรุ่น, ตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน, ความยืดหยุ่นในชีวิต, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การสนับสนุนทางสังคม

Corresponding author : *Email supiriya@buu.ac.th
This study was supported by grant for Graduate students, Burapha University

วันที่รับ (received) 12 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ต.ค. 2566

Abstract

Primiparous adolescent with unplanned pregnancy must have high resilience to overcome the adversities in pregnancy. This descriptive research aimed to examine the resilience and the factors related to resilience among unplanned primiparous adolescent which included self-esteem, self-efficacy and social support. The sample consisted of 84 women with unplanned primiparous pregnant were under 20 years of age selected by random sampling and attending antenatal clinic at Nakhon Nayok hospital. Data were collected from January to March 2023 by using self report questionnaires which included the Demographic Information Questionnaire, Self-esteem Questionnaire, Perceived Self-efficacy Questionnaire, Social support Questionnaire and Resilience Questionnaire The Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .74, .89, .86, .98 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's rank coefficient.

The result revealed that resilience among unplanned primiparous pregnant adolescent was high (M = 103.07, SD = 31.18) and factors with a statistically significantly positive correlated with resilience were self-esteem (r = 0.346, p < .01); self-efficacy (r = 0.415, p < .01) and social support (r = .293, p < .01).

The finding suggested, to strengthen the resilience of unplanned primiparous pregnant adolescent, there is a need for raised awareness of self-esteem, enhancement of self-efficacy combined with family involvement.

Keywords : Adolescent, Unplanned Pregnancy, Resilience, Self Esteem, Self Efficacy , Socia Support

บทนำ

จากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการคลอดในหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงช่วงอายุเดียวกัน 1,000 คน เพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วง พ.ศ. 2543-2555 และอัตราการคลอดในหญิงวัยรุ่นอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิงช่วงอายุเดียวกัน 1,000 คน ก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน หลังจากนั้นในช่วงพ.ศ. 2556-2561 อัตราการคลอดในหญิงวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่มอายุลดลงเรื่อย ๆ เท่ากับ 35.0 และ 1.2 ต่อประชากรหญิงช่วงอายุเดียวกัน 1,000 คน ใน พ.ศ. 2561[1] แม้ว่าสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นประเด็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากการไม่ได้วางแผน อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยไม่วางแผนทั่วโลกจะแตกต่างกันตามการศึกษา ตั้งแต่ร้อยละ 33 ถึงร้อยละ 82[2]

วัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่มีวุฒิภาวะที่ดีพอในแง่ของความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนนำไปสู่ความทุกข์ทางใจ ความวิตกกังวล และซึมเศร้า ต้องเผชิญกับการถูกตีตราของสังคม แรงกดดันของครอบครัว และความไม่เท่าเทียมทางเพศ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านจิตอารมณ์ และสังคม จึงนับมาเป็นวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต ต้องเผชิญกับอุปสรรคมากมายที่ทำลายความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง[3,21] การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มอุบัติการณ์ของผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี เช่น การเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด คลอดก่อนกำหนด และคลอดทารกน้ำหนักน้อย[4] สัมพันธภาพระหว่างมารดาวัยรุ่นกับทารกไม่ราบรื่นเนื่องจากการไม่มีวุฒิภาวะ มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกทำร้ายหรือทอดทิ้ง ไม่ได้เรียนหนังสือและมีแนวโน้มที่จะปัญหาทางพฤติกรรมตามมา[5] ผลกระทบด้านสัมพันธภาพกับคู่รัก การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งที่สัมพันธภาพของคู่รักที่แท้จริงยังไม่ได้เริ่ม จึงไม่มีความสัมพันธ์แบบผูกมัด และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีรายได้น้อย ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว จนทำให้เกิดความเครียด และนำไปสู่ปัญหาการทะเลาะเบาะแว้ง และการหย่าร้าง ทำให้ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง รวมทั้งเมื่อวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ทำให้ต้องตัดสินใจละทิ้งเป้าหมายในการศึกษา จึงมักไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน การกลับไปเรียนอาจเป็นไปได้ยาก และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่สมัครใจออกจากโรงเรียนเนื่องจากตราบาปที่ติดมากับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลเสียต่อโอกาสในการศึกษาต่อและความมั่งคงทางด้านการเงิน การได้งานทำในอนาคต ด้อยโอกาสทางสังคม และเศรษฐกิจตามมา จึงไม่มีความมั่นคงในชีวิตทั้งด้าน

การงาน ที่อยู่อาศัย และการเงิน ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นก็ไม่สามารถหนีออกจากวงจรความยากจนได้[6]

จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่วางแผนส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัด และอุปสรรคในการดำเนินชีวิตจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นในชีวิตสูง เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตในเชิงลบ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นในชีวิต ได้อธิบายว่า บุคคลสามารถยืนหยัดหรือเอาชนะสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถฟื้นตัวและผ่านอุปสรรคไปได้อย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องมีปัจจัยปกป้อง 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความเข้มแข็งภายในของบุคคล (I am) ทักษะในการจัดการปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (I can) และแรงสนับสนุนภายนอก (I have)[7] สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ผู้ที่มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสูงจะมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ในทางกลับกัน ผู้ที่มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่ำหรือมีมุมมองต่อตัวเองในแง่ลบ จะทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรือความท้าทายในชีวิตได้ ดังการศึกษา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตเชิงบวก[8] ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ความเชื่อมั่นในตนเองก็เพิ่มขึ้น ความพยายามในการฝ่าฟันอุปสรรคและความไม่ย่อท้อก็เพิ่มขึ้น ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤตก็เพิ่มขึ้นด้วย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นเป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลเกี่ยวกับการประเมินศักยภาพของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ผ่านกระบวนการจัดการตนเอง และความต้องการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ดังการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความยืดหยุ่นในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9,10] ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกำหนดพฤติกรรมเชิงบวก เพิ่มแรงจูงใจ ความพยามยาม และความอดทนต่อสถานการณ์รอบ ๆ ตัว

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อกัน ดังการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] ทั้งนี้อาจเนื่องจาก บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะรับรู้ว่าตนเองนั้นเป็นที่รักและต้องการของบุคคลอื่น มีผู้พร้อมช่วยเหลือสนับสนุนคอยให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ เผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้ดีมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป กลุ่มวัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติด มีภาวะซึมเศร้า การกระทำทารุณกรรมในคู่สมรส แต่ยังไม่พบในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกโดยไม่วางแผนในบริบทของสังคมไทย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกโดยไม่วางแผน รับมือกับผลกระทบทางลบจากสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต แล้วสามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด ในการนำปัจจัยปกป้องเหล่านี้ไปพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วานแผน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดย ไม่วางแผน

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่น

ในชีวิต ที่กล่าวว่าความยืดหยุ่นในชีวิต คือ ผลของปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวของกับความเข้มแข็งทางใจ 3 แหล่ง คือ (1) ฉันเป็นคนที่...(I am) เป็นความเข้มแข็งภายในของบุคคลที่เกี่ยวกับจิตใจและจิตวิญญาณ ความคิด ทัศนคติ ความเชื่อ ศรัทธา ค่านิยม และการให้คุณค่าต่อตนเองในทางบวก (2) ฉันสามารถ ที่จะ... (I can) เป็นความสามารถภายในของบุคคลในการจัดการปัญหา เผชิญวิกฤต หรือทักษะใน การแก้ปัญหาและการเผชิญกับความเครียด (3) ฉันมี...(I have) เป็นปัจจัยภายนอก เป็นสิ่งที่บุคคล รับรู้ถึงประโยชน์ แหล่งสนับสนุนจากภายนอกเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่น[7] ดังนั้น วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนมักจะเจอสภาวะที่ยากลำบากในชีวิต การฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจกลับคืนสู่ สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว หรือสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่คัดสรรและเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นในชีวิต ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเห็นคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนรับมือกับผลกระทบทางลบ จากสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต แล้วสามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว

วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlation research)

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลนครนายก

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลนครนายก ช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยกำหนดเกณฑ์คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุ น้อยกว่า 20 ปี บริบูรณ์
2. อายุครรภ์ 28-42 สัปดาห์ และตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน
3. สามารถสื่อสาร พูด ฟัง อ่านและเขียนด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากวิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 ใช้สถิติ Correlation bivariate normal model ในการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบสองทาง (Two-tail) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบในการวิเคราะห์ (Power of test .80) และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .30 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 84 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงโดยการพิจารณาเลือกตามเกณฑ์การกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามความรู้สึกต่อตนเอง[12] เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ เชิงลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 10-40 คะแนน การแปลผล แบ่งคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน ≤ 25 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 26-29 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน ≥ 30 หมายถึง อยู่ในระดับสูง
3. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง[13] เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เป็นความจริง จนถึง จริงมากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 10-40 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ
4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น[14] เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินการรับรู้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ เชิงลบ 1 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ ด้านบริการและวัตถุ 6 ข้อ และด้านข้อมูล ข่าวสาร 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เป็นจริงเลย จนถึง เป็นจริงมากที่สุด คะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 16-80 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
5. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต[15] เป็น

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินความยืดหยุ่นในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ ฉันมี... จำนวน 9 ข้อ ฉันเป็น... จำนวน 10 ข้อ และ ฉันสามารถ.... จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง เห็นด้วยมากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ เท่ากับ 28-140 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีความยืดหยุ่นในชีวิตในสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีความยืดหยุ่นในชีวิตต่ำ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับบัณฑิตศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G – HSO55/2564(C1) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครนายก รหัส REC No 16/ 2565 (29/12/2565) ผู้วิจัยตระหนักถึงการเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมด้วยตัวเอง เมื่อผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้แล้ว จะแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังเสร็จสิ้นสุดการทำวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามความรู้สึกต่อตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความแข็งแกร่งในในชีวิต เป็นแบบประเมินที่มีผู้นำไปใช้ในงานวิจัย และมีค่าความเชื่อมั่นสูง และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่มีการปรับข้อคำถามแต่อย่างใด จึงไม่ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหา

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกต่อตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และประเมินความแข็งแกร่งในในชีวิต ไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามความรู้สึกต่อตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น = .74

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น = .89

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่น = .86

แบบประเมินความแข็งแกร่งในในชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น = .98

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับบัณฑิตศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
2. นำหนังสือขออนุญาตดำเนินงานวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาไปยังโรงพยาบาลนครนายก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย
3. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครนายก
4. เข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์เพื่อรักษาเรียบร้อยแล้ว
6. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความยืดหยุ่นในชีวิตโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความยืดหยุ่นในชีวิตด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) หากไม่ผ่าน

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จะวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank coefficient) แทน

ผลการวิจัย สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 13-19 ปี เฉลี่ย 16.9 ปี (SD = 1.57) อยู่ในช่วง 17-19 ปี มากที่สุด ร้อยละ 61.9 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 14-16 ปี ร้อยละ 36.9 การศึกษา พบว่า กำลังศึกษาอยู่/พักการศึกษากับไม่ศึกษาแล้วสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 47.6 และร้อยละ 52.4 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 45.2 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.0 สัมพันธภาพบิดากับมารดา พบว่าบิดามารดาอยู่ด้วยกัน หย่าร้าง/แยกกันอยู่ในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเอง/สามี ร้อยละ 71.4 ส่วนสามีของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15 – 34 ปี เฉลี่ย 20.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น อายุ < 20 ปี ร้อยละ 58.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.0 ส่วนรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 62 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 83.3 สัมพันธภาพกับสามีส่วนใหญ่ราบรื่น ร้อยละ 90.5 สามียอมรับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.8 และครอบครัวยอมรับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.8 และกลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ 33-36 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 39.3 รองลงมามีอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ร้อยละ 36.9 และ อายุครรภ์เฉลี่ย 33.7 (SD = 3.57) ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์อยู่ระหว่าง 3-6 ครั้ง ร้อยละ 41.7

2. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความยืดหยุ่นในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน (n = 84)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0-30	13-30	20.73	3.86
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	10-40	23-40	30.77	5.09
การสนับสนุนทางสังคม	16-80	47-79	66.07	8.78
ความยืดหยุ่นในชีวิต	28-140	31-136	103.07	31.18

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\overline{X}$ = 30.77, SD = 5.09) การสนับสนุนทางสังคม ($\overline{X}$ = 66.07, SD = 8.78) และความยืดหยุ่นในชีวิต ($\overline{X}$ = 103.07, SD = 31.18) ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 20.73, SD = 3.86)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น มีดังนี้

1. ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีการวัดที่ระดับ Interval หรือ Ratio ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาเป็นมาตราอันตรภาคชั้นและมาตรวัดอัตราส่วน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร

3. ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัวมีการกระจายแบบปกติ

3.1 ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient and fisher kurtosis coefficient โดยค่าที่ได้อยู่ช่วง +1.96 พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ

3.2 ทดสอบความแปรปรวนของความคลานเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) ทดสอบโดย Scatter plot พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความแปรปรวนของความคลานเคลื่อนไม่คงที่

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) ทดสอบโดยการทำสถิติ F-test พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังนั้น จึงวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความยืดหยุ่นในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน (n = 84)

ตัวแปร	ความยืดหยุ่นในชีวิต r	p-value
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.346	< .01
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.415	< .01
การสนับสนุนทางสังคม	.293	< .01

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์โดยไม่วางแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .346$, $p < .01$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .415$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .293$, $p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน มีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นในชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 103.07, SD = 31.18) แสดงว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความยากลำบากในชีวิตจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่ได้วางแผน แต่สามารถเอาชนะความยุ่งยากและกลับสู่ภาวะปกติได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นในชีวิต กล่าวว่า ความยืดหยุ่นในชีวิต คือ ผลของปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ 3 แหล่ง คือ คือ 1) ฉันมี...เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมความยืดหยุ่นในชีวิต ก่อนที่จะตระหนักว่าฉันเป็นคนที่...และฉันสามารถที่จะ...บุคคลจะมีความต้องการการสนับสนุนและทรัพยากรจากภายนอกเพื่อพัฒนาความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง ซึ่งเป็นแก่นสำคัญของการพัฒนาความยืดหยุ่นในชีวิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ($\bar{X}$ = 66.07, SD = 8.78) รวมทั้งส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเอง/สามี ร้อยละ 71.4 สัมพันธภาพกับสามีส่วนใหญ่ราบรื่น ร้อยละ 90.5 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 83.3 สามียอมรับการตั้งครรภ์ และครอบครัวยอมรับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.8 แหล่งสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้จะคอยช่วยเหลือประคับประคอง และทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย อบอุ่นใจ การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นกันชน ลดผลกระทบทางลบของความยืดหยุ่นในชีวิตต่ำต่อสุขภาพจิต 2) ฉันสามารถที่จะ... เป็นความสามารถภายในของบุคคลในการจัดการปัญหา เผชิญวิกฤต หรือทักษะในการแก้ปัญหาและการเผชิญกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ($\bar{X}$ = 30.77, SD = 5.09) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยส่งเสริมความยืดหยุ่นในชีวิต และช่วยลดความเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านในชีวิต และ 3) ฉันเป็นคนที่...เป็นความเข้มแข็งภายในของบุคคลที่เกี่ยวกับจิตใจและจิตวิญญาณ ความคิด ทัศนคติ ความเชื่อศรัทธา ค่านิยม และการให้คุณค่าต่อตนเองในทางบวก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 20.73, SD = 3.8) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นวัยรุ่นซึ่งมีวุฒิภาวะยังไม่สมบูรณ์ทั้งทางด้านจิตอารมณ์ สังคมและเศรษฐานะ จึงประเมินคุณค่าของตนเองและความสามารถในการเผชิญกับปัญหาท้าทาย

ในระดับที่ต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ แต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงกว่า จึงส่งผลให้มีความยืดหยุ่นในชีวิตอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา[16] พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกและตั้งครรภ์ไม่พึ่งปรารถนาอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.95, SD = .47) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา[17] พบว่า ความยืดหยุ่นในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า นั่นคือ มีสามีและครอบครัวที่ยอมรับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.8 มีสัมพันธภาพกับสามีที่ราบรื่น ร้อยละ 90.5 อาศัยอยู่กับสามี/ครอบครัวของตนเอง/ครอบครัวของสามี ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา[17] มีสามีที่ยอมรับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 67.6 อาศัยอยู่กับสามี ครอบครัวของตนเอง/ครอบครัวของสามี ร้อยละ 93.4 อาศัยตามลำพัง/อยู่กับเพื่อน ร้อยละ 6.6 การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยรับมือกับการเผชิญกับความยากลำบากในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยส่งผ่าน เชิงบวกต่อระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจะมีความเครียดน้อยกว่า รวมถึงมีแนวโน้มที่จะมีความยืดหยุ่นในชีวิตมากกว่าด้วย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน

2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน ($r = .346, p < .01$) นั่นคือ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะมีความยืดหยุ่นในชีวิตสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษา[11] พบว่า ความมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .386, p < .001$) การศึกษา[18] พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีการประเมินตนเองในทางบวก มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าทัดเทียมกับคนอื่น ๆ มีความรู้สึกด้านดีต่อตนเอง พึงพอใจในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถมากน้อยเพียงใด สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถดึงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในตน มาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยุ่งยากใจในชีวิตได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยปกป้องของความยืดหยุ่นในชีวิต ในขณะเดียวกันความยืดหยุ่นในชีวิตก็เป็นปัจจัยสนับสนุนของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นั่นคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความยืดหยุ่นในชีวิตมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวบ่งชี้ความผาสุกทางจิตใจและความพึงพอใจส่วนบุคคล และนำไปสู่ความสมดุลทางจิตใจและสุขภาพโดยทั่วไป รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถกำหนดรูปแบบ ของความยืดหยุ่นในชีวิตและยังทำหน้าที่เป็นตัวกลาง ของความยืดหยุ่นในชีวิตด้วย

2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน ($r = .415, p < .01$) นั่นคือ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมีแนวโน้มที่จะมีความยืดหยุ่นในชีวิตสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษา[10] พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, p < .001$) และการศึกษา[9] พบว่า ความยืดหยุ่นในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.612, p < 0.01$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงอาจมีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดดีกว่า ค้นหาความน่าสนใจใหม่ ๆ ลงทุนเพื่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ปรับตัวให้เข้ากับความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายและจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นในชีวิต รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีกลไกในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากกว่ามีความสามารถในการเอาชนะความเครียดในระหว่างตั้งครรภ์ได้ดีกว่า และมีความยืดหยุ่นในชีวิตมากขึ้น เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังทำหน้าที่เป็นตัวกลางของความยืดหยุ่นในชีวิต

2.3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน ($r = .293, p < .01$) นั่นคือ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีความยืดหยุ่นในชีวิตสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษา[11] พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .523,$

p < .001) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความคิดของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตามแนวคิด[7] ที่ว่า การส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤตที่ดีขึ้น เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงคุณค่าและการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูลวัตถุสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา[19] พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานและมารดาวัยรุ่นเลี้ยงเดี่ยวได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดีทั้งในด้านความพร้อมและความพอเพียง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม เช่น มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสามี มีประสบการณ์ถูกปฏิเสธและกดขี่จากบุคคลสำคัญในครอบครัวที่มีต่อการตั้งครรภ์ และยังถูกจำกัดการติดต่อกับครอบครัวจากบ้านพักพิง การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความยืดหยุ่นในชีวิต และเป็นปัจจัยปกป้องความเครียดและความยากลำบากในชีวิต[20] การสนับสนุนทางสังคมทางบวกเป็นกลไกทางระบบประสาท (Neurobiological mechanisms) ด้วยการเป็นกันชนหรือลดแรงกระแทก (Buffering effect) จากความเครียดทำให้ความยืดหยุ่นในชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนมีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากในชีวิต โดย 1) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้วยกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวก มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นและศรัทธาในคุณธรรม ความดี 2) ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทักษะทางสังคมเพื่อการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 3) ส่งเสริมให้ครอบครัวซึ่งเป็นทรัพยากรภายนอกเข้ามามีส่วนร่วม ด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจ บทบาทครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉพาะมิติด้านจิตอารมณ์และสังคม เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเข้มแข็งทางใจ รู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจ สามารถต่อสู้กับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นในชีวิตแก่รุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผน โดยส่งเสริมความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวกหรือภาคภูมิใจในตนเอง ส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

2. ศึกษาความยืดหยุ่นในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกโดยไม่วางแผนที่มีความยากลำบากในชีวิตอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาเป็นมารดาเลี้ยงเดี่ยว ไม่ได้รับการยอมรับจากสามี/ครอบครัว เป็นต้น

References

1. Ministry of public health, Department of health. Statistics on adolescent births in Thailand in 2018. Bangkok : Bureau of Reproductive Health, Ministry of public health;2018. (in Thai)
2. Vázquez F, Vázquez CF, Saldívar AH, Vázquez EM, Córdova JA, Felizardo J, et al. Unplanned pregnancy in adolescents :association with family structure, employed mother, and female friends with health-risk habits and behaviors. Journal of Urban Health 2014; 91(1):176-85.
3. Goossens G, Kadji C, & Delvenne V. Teenage pregnancy: a psychological risk for mothers and babies. Psychiatria Danubina. 2015;27(1): 499-503.
4. Tyrberg RB, Blomberg M, & Kjølhede P. Deliveries among teenage women - with emphasis on incidence and mode of delivery : a Swedish national survey from 1973 to 2010. Biomedcentral Pregnancy Childbirth 2013; 13: 1-10.
5. Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvicková A, & Argalášová L. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. International Journal of Environmental Research Public Health, 2023; 20(5): 13-41.

6. Gselamu L, Dagne Y, Gebreyohannes M, & Kelebe A. Psychosocial effects of teenage pregnancy: systematic analysis. Psychology and Behavioral Sciences, 2019;8(5): 18 -115.
7. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. Netherland: Bernard van Leer Foundation; 1995.
8. Karatas Z, & Cakar FS. Self-Esteem and hopelessness, and resiliency: an exploratory study of adolescents in Turkey. Internation Education Studies. 2011;4(4): 84-91.
9. Ma R, Yang F, Zhang L, Sznajder K, Zou C, Jia Y, et al. Resilience mediates the effect of self-efficacy on symptoms of prenatal anxiety among pregnant women: A nationwide smartphone cross-sectional study in China. Biomedcentral Pregnancy Childbirth 2021; 21: 1-9.
10. Sagone E, & Caroli ME. Relationships between resilience, self-efficacy, and thinking styles in Italian middle adolescents. Procedia Social and Behavioral Sciences, 2013; 92:45-38.
11. Maliwan W, Patcharin N, & Sopin S. Factors related to resilience in adolescents. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.2015;29(1): 57-75. (in Thai)
12. Wongpakaran A. comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg self-esteem scale. Psychiatry Investig. 2012;9(1): 54-8.
13. Wethini S, Atcharee S, & Praphaphon M. Validity of the perception questionnaire in your abilities. Journal Psychiatric Association of Thailand. 2011;47(1): 31-7. (in Thai)
14. Sinee K, & Jarurat S. 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)
15. Patcharin N, & Sopin S, Tusana T. Factors predicting stress in graduate nursing students. Ramathibodi school of nursing. Mahidol university. Nursing Journal of Ministry of Public Health. 2013;22(3): 1-11. (in Thai)
16. Kanikaporn B. Factors effecting resilience of unwanted pregnancy teenag girls in Nakhonpathom province dissertation. Bangkok: Silpakorn University; 2012.
17. Olajubu AO, Omoloye GO, Olajubu TO, % Olowokere AE. Stress and resilience among pregnant teenagers in Ile-Ife, Nigeria. European Journal of Midwifery. 2021; (5): 8-1
18. Kaur J, & Kaur K. Self- esteem among adolescents in relation to their resilience. Indian Journal of Research. 2017;6(1): 840-1.
19. Saim NJ, Ghazinour M, & Richter J. Teenage pregnancy in Malaysia: understanding the importance of social support in relation to coping, resilience and mental health. International Journal Recent Technology and Engineering. 2019;8(2) 79-87.
20. Van Haeken S, Braeken MAKA, Nuyts T, Franck E. Timmermans O, & Bogaerts A. Perinatal resilience for the first 1,000 days of life. Concept and analysis and Delphi survey. Frontiers in Psychology. 2020 ;(11) : 13-1
21. Maleewan L. Factors Associated with Unwanted Adolescent Women Pregnancy in the Perceived of The First Year Students at Saint Louis College. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2014.15(1) : 90-8 (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการทำกิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด

Effect of the Ergonomic Self–Care Enhancement with the Maneeveda Exercise Program on Lower Back Pain and Functional Ability in Operating Room Nurses

นัฐยา ดินเด็ม อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์* แสงอรุณ อิสระมาลัย
Natthaya Dindem Aporntip Buapetch* Sang-arun Isaramalai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา ประเทศไทย 90110
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla Thailand 90110

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 25 คน ได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง แบบประเมินความเจ็บปวดของแมคกิลล์ฉบับสั้นฉบับภาษาไทย (α=.85) และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของออสเวสทรีฉบับภาษาไทย (α=.86) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และการทดสอบวิลคอกซันผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 27.60 ปี (SD=4.00) อายุการทำงานเฉลี่ย 4.80 ปี (SD=4.10) ทำงานเฉลี่ย 8.90 ชั่วโมงต่อวัน (SD=1.10) ส่วนใหญ่เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการยืนนาน ร้อยละ 60 ไม่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 68 หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,24}$=177.537, p<.01) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา โปรแกรมที่พัฒนาครั้งนี้สามารถทำให้อาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างลดลงได้ในช่วง 5 สัปดาห์แรกหลังการทดลอง ข้อเสนอแนะ ควรมีการสนับสนุนการดูแลตนเองของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้หลักการยศาสตร์และการจัดการความเสี่ยงในการทำงานร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช รวมถึงการทดลองแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์, การบริหารร่างกายแบบมณีเวช, พยาบาลห้องผ่าตัด, อาการปวดหลังส่วนล่าง

Corresponding author *e-mail: aporntip.b@psu.ac.th
แหล่งทุนสนับสนุน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโครงการวิจัย ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ
Graduate School Scholarship Prince of Songkla University and funding from research projects Under the National Research University Project

วันที่รับ (Received) 13 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 2 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 9 พ.ย. 2567

Abstract

This one-group quasi-experimental research aimed to evaluate the effect of developed program. This study was conducted with twenty-five female subjects purposively selected from OR nurses. The subjects received the treatment for 8 weeks. All instruments were validated for content validity and evaluated for reliability, including the Thai Short-form McGill Pain Questionnaire (α=.85) and the Thai Modified Oswestry Disability Index questionnaire (α=.86). Data were analyzed using descriptive statistics, and the hypotheses were tested by one-way repeated measures ANOVA and Wilcoxon signed-rank test. The findings showed that the mean age was 27.60 years (SD=4.00), the mean working age 4.80 years (SD=4.10), the mean working hours per day was 8.90 hours (SD=1.10). Most of the subjects (60%) experienced lower back pain which was caused by long-term working hours. A majority (68%) had no exercise activities. After the program, the mean score of lower back pain was significantly lower than before the program ($F_{1,24}$=177.537, p<.01). The mean score of the ability to perform functional activities was higher after the program than before but without statistical significance. These findings reveal that the developed program decreased lower back pain scores during the 1-5 weeks. They suggest that the OR nurses should be supported in self-care practice, using the principles of ergonomics, risk management, and Maneeveda exercise. The program should be tested and confirmed using a randomized controlled trial. Other clinical outcomes should be evaluated.

Keywords: the ergonomics self–care enhancement program, Maneeveda exercise, operating room (OR) nurses, lower back pain

บทนำ

การเจ็บป่วยกลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่เกิดกับประชากรวัยทำงานทั่วโลก รายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีจำนวนประมาณ 1.71 ล้านคน และยังเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการในมากกว่า 160 ประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะอาการปวดหลังส่วนล่าง ปัญหามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 25-49 ปี สาเหตุหลักคือปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงาน[1] ประเทศไทยปี 2563 พบอัตราป่วยต่อแสนคนเท่ากับ 259.78 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานประกอบการต่าง ๆ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข[2] เช่นเดียวกับคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขปี 2566 พบว่ามีอัตราป่วยสูงทุกปี คิดอัตราต่อแสนประชากร ในปี 2563-2566 คือ 270.85, 237.07, 240.31, 199.49 ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยและมากที่สุดในวัยทำงาน คือ อาการปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) ซึ่งพบได้ในทุกกลุ่มอาชีพที่มีท่าทางทำงานในอิริยาบถซ้ำ ๆ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ลักษณะการทำงานในแต่ละวันส่งผลโดยตรงต่อแรงที่กล้ามเนื้อและกระดูกสันหลังส่วนเอวต้องแบกรับน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมาก[3,4] เช่น การเข็น/ผลัก/ลาก/ดึงเพื่อช่วยผู้ป่วยในการยืนเดิน การยืนปฏิบัติงานนานมากกว่า 8 ชั่วโมง การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การไม่มีอุปกรณ์ช่วยยกผู้ป่วย การมีความรู้ด้านการยศาสตร์ไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกายและการมีความเครียดสะสม แรงกระทำอย่างเฉียบพลันและเรื้อรังนี้มีผลต่อกระดูกสันหลังส่วนเอวและข้อต่อของกระดูก ประกอบกับการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังที่ไม่แข็งแรง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของโครงร่างแบบสะสมจนเกิดการสูญเสียหน้าที่หรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นรวมทั้งเกิดความเมื่อยล้า[3] ขาดความตื่นตัว ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง รวมทั้งความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ[4] และยังส่งผลกระทบต่อองค์กร เช่น การขาดเจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญในการทำงาน[5] อาการปวดหลังส่วนล่างยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ซึ่งมีลักษณะการทำงานส่วนใหญ่เป็นการยืนและยื่นส่งเครื่องมือทำให้อาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดขึ้นเป็น ๆ หาย ๆ และรบกวนต่อการดำเนินชีวิต การทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่

ใช้วิธีการลดปวดและการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์แก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อปรับท่าทางในการทำงาน แต่ยังขาดการส่งเสริมด้านการจัดการความเสี่ยงในการทำงานและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันสามารถบำบัดได้หลายวิธี เช่น การปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวด ได้แก่ การพักผ่อน การบริหารร่างกาย การฝึกท่าทางในการทำงาน การจำกัดการเคลื่อนไหว การทำกายภาพบำบัด[7] การยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังร่วมกับการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานให้ถูกต้อง[8] รวมทั้งการใช้ยาลดปวดที่มีประสิทธิภาพ[9] และยังพบว่าการบริหารร่างกายมีประสิทธิภาพในการลดปวดได้ดีกว่าการรักษาโดยใช้ยาเพียงอย่างเดียว และดีกว่าการให้เฉพาะความรู้หรือการลดปวดด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่มีการบริหารร่างกาย ซึ่งการใช้หลากหลายวิธีร่วมกันในการบำบัดฟื้นฟูได้ผลดีกว่าการใช้วิธีเดียว ได้แก่ การให้คำแนะนำด้านการยศาสตร์พื้นฐาน การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองให้เพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้นและระดับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างลดลง[10] การบริหารร่างกายแบบมณีเวช เป็นศาสตร์หรือองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดและแก้ไขโครงสร้างของกระดูกทุกส่วนภายในร่างกายให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ ผลการศึกษาพบว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชสามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานและตำแหน่งที่มีอาการปวดเมื่อยของร่างกายส่วนบนลดลง รวมทั้งเป็นท่าการบริหารที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย ใช้เวลาน้อย สามารถปฏิบัติได้ในช่วงเวลาว่างขณะปฏิบัติงาน[11] และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานทำความสะอาดได้[11] การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาการลดอาการปวดหลังส่วนล่างโดยใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเสี่ยงในการทำงานและการบริหารร่างกายบริเวณหลังส่วนล่างด้วยท่ามณีเวชร่วมกับการใช้หลักการยศาสตร์ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความเสี่ยง 6 ขั้นตอน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการทำงานและลดอาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันของพยาบาลห้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช

สมมติฐาน

1. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวชสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวชสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นภายใต้ทฤษฎีการดูแลตนเองโอเร็ม[12] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ 1) กระบวนการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง 3 ประการ ได้แก่ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) และการลงมือปฏิบัติ (productive) 2) หลักการจัดการด้านการยศาสตร์ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนท่าทางและอิริยาบทที่เหมาะสมในการทำงาน และการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานในท่าทางที่เหมาะสม 3) แนวคิดการจัดการความเสี่ยง 6 ขั้นตอน[13] เพื่อประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของงานห้องผ่าตัดที่ส่งผลต่อปัญหาระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อโดยเฉพาะบริเวณหลังส่วนล่าง และการลดปัจจัยเสี่ยงในแต่ละกระบวนการทำงาน และ 4) การบริหารร่างกายแบบมณีเวช 8 ท่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้จึงประกอบด้วยกิจกรรมค้นหาและระบุสิ่งคุกคามในการทำงาน การประเมินความเสี่ยง และการควบคุมความเสี่ยง ร่วมกับการฝึกการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและจัดการตนเองตามแนวทางกิจกรรมของโปรแกรมที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม คือ อาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการทำกิจกรรมซึ่งการศึกษาครั้งนี้ประเมินจากค่าคะแนนภาวะจำกัดของการทำกิจกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group, pretest-posttest time series design) วัดผล 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1, 5 และ 8 โดยมีประชากร คือ พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดที่มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่างเฉียบพลัน ซึ่งปฏิบัติงานเต็มเวลาอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 เตียง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของภาคใต้ ที่มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่างเฉียบพลันจากการทำงาน โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) อายุงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) มีค่าดัชนีมวลกายไม่เกิน 30 kg/m^2 3) ปฏิบัติงานส่งเครื่องมือและช่วยรอบนอกประจำห้องผ่าตัดที่มีการยืนทำงานนานติดต่อกันมากกว่า 2 ชั่วโมงในการทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน 4) มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่างหรือร่วมกับอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ใน 3 ข้อ ได้แก่ (1) ปวดตรงกลางบริเวณหลังส่วนล่าง (ตรงบริเวณกระเบนเหน็บ) (2) อาการปวดซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉียบพลันหรือค่อยเป็นทีละน้อย (3) มีอาการปวดเฉพาะในช่วงที่ปฏิบัติงานเฉพาะในท่าบางท่า โดยมีระยะเวลาอาการปวดน้อยกว่า 6 สัปดาห์ 5) ไม่มีแผนการรักษาทางศัลยกรรม การฉีดยาสเตียรอยด์ รวมถึงการทำหัตถการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริเวณหลังส่วนล่าง โดยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองอาการปวดหลังส่วนล่าง[14] 6) ไม่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และ 7) ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงและผ่าตัดบริเวณหลังส่วนล่างหรือบริเวณใกล้เคียง เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการทดลอง และ 2) ได้รับอุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของบริเวณหลังส่วนล่างในขณะเข้าร่วมการทดลอง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis)[15] กำหนดความคลาดเคลื่อนของการทดสอบที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน[16] ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.327 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และได้เพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เลือกโรงพยาบาลแบบเจาะจง คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (≥ 500 เตียง) ในจังหวัดสงขลา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่ใส่คืนจากจำนวนของพยาบาลประจำห้องผ่าตัดที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลองตามโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ของงานวิจัยซึ่งมีความสนใจทั้งหมด 80 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (EC : 60-157-19-9) รับรองวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิตามขั้นตอน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและกิจกรรมการวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัย แนวทางการดูแลเพื่อความปลอดภัยขณะเข้าร่วมโปรแกรม การติดต่อผู้วิจัย สิทธิที่จะตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงได้ลงนามในใบยินยอมการทำวิจัย สำหรับผู้สนใจที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้นัดจัดกิจกรรมหลังจากดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น โดยได้ระบุรายละเอียดประเด็นนี้ไว้ในใบลงนามยินยอม

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงกับพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอีกแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การคาดการณ์และการปรับเปลี่ยนเป็นกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการความเสี่ยงขั้นตอนที่ 1-3 เพื่อส่งเสริมให้มีทักษะประเมินและระบุสิ่งคุกคาม ปัจจัยเสี่ยงและสิ่งแวดล้อมในกระบวนการและทุกขั้นตอนของการทำงาน รวมถึงการตั้งเป้าหมายปรับท่าทางและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การให้ความรู้และฝึกทักษะการบริหารร่างกายแบบมณีเวช ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติ เป็นกิจกรรมตามแนวคิด

การจัดการความเสี่ยงขั้นตอนที่ 4-6 เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง การปรับเปลี่ยนท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง และปฏิบัติการบริหารร่างกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังด้วยมณีเวช 8 ท่า โดยบันทึกกิจกรรมในคู่มือการจัดการตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพเสริม และส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เช่น ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างขณะปฏิบัติงาน ยาที่ใช้เป็นประจำ

2. แบบประเมินความเจ็บปวดของแมคกิลล์แบบสั้น (Short-form McGill Pain) ฉบับภาษาไทย[17] จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินลักษณะความปวด/อาการปวด (pain descriptors) จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อเป็นการให้คะแนน 0-3 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด/ไม่รู้สึก จนถึง คะแนน 3 หมายถึง ปวด/รู้สึกมากจนทนไม่ได้ ส่วนที่ 2 ประเมินความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analog scale) จำนวน 1 ข้อ มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน การแปลผลใช้ผลรวมของคะแนนทั้งหมด 55 คะแนนและแบ่งออกเป็น 5 ระดับ การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของออสเวสทรี ฉบับภาษาไทย[18] จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การตอบเป็นการอ่านและตอบคำถามเองใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที เพื่อประเมินอาการปวดหลังที่ทำให้เกิดการจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน รูปแบบการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับการทำกิจกรรม 1-6 คะแนน การแปลผลใช้ค่าคะแนนเต็มและแบ่งออกเป็น 5 ระดับ การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้สามารถทำหน้าที่เปรียบเสมือนผู้วิจัยเนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน โดยได้ทดสอบความสามารถในการจัดกิจกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจนมั่นใจได้ว่าผู้ช่วยวิจัยสามารถดำเนินการตามขั้นตอนการทดลองของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้อย่างถูกต้องและตรงตามรายละเอียดของโปรแกรมในทุกขั้นตอน รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการแทนทั้งหมดเช่นกัน เพื่อป้องกันความมีอคติที่อาจเกิดขึ้นในการทดลองและระหว่างเก็บข้อมูล การวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม โดยติดป้ายประกาศเชิญชวนที่กระดานประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานและจัดวางกล่องให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมใส่ใบลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่ใส่คืน จำนวน 25 รายจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด 80 คน มีการคัดกรองโดยการซักประวัติก่อนทำการสุ่มอย่างง่าย

2. ขั้นดำเนินการ เป็นการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและการทำกิจกรรมย่อยตามโปรแกรม 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการระบุอันตราย/สิ่งคุกคาม โดยการประเมินและให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง 2) กิจกรรมการระบุความเสี่ยง โดยการจัดอภิปรายกลุ่มและระบุสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานในห้องผ่าตัด 3) กิจกรรมการประเมินความเสี่ยง เป็นการจัดอภิปรายกลุ่มโดยให้หัวหน้างานเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินความเสี่ยงที่สำคัญในกระบวนการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดและจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในแต่ละกระบวนการทำงาน รวมทั้งออกแบบแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมในงานให้เหมาะสม และ 4) กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง โดยการจัดอภิปรายกลุ่ม เพื่อตัดสินใจเลือกและตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการปรับท่าทางในการทำงานให้เหมาะสมและการจัดการสิ่งแวดล้อมในงานให้เหมาะสม รวมทั้งการฝึกทักษะด้วยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช 8 ท่า เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ต่อจากนั้นสัปดาห์ที่ 2-8 กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเองโดยปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในงาน รวมทั้งการบริหารร่างกาย

แบบมณีเวช และบันทึกกิจกรรมการจัดการตนเองในคู่มือ มีการติดตามและประเมินผลในระหว่างการทดลองสัปดาห์ที่ 5 โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการบันทึกกิจกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวัน สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการบันทึกกิจกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันที่บันทึกในคู่มือ และตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง พร้อมทั้งนำเสนออุปสรรคที่เกิดขึ้น กล่าวขอบคุณและสิ้นสุดการทดลอง

3. ขั้นสรุปผลการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบทั้งหมดเพื่อดูความครบถ้วนของคำตอบและจัดทำคู่มือลงรหัสสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานการวิจัยของค่าเฉลี่ยคะแนนปวดหลังส่วนล่างด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA) และทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon signed-rank test) ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังส่วนล่างภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติบอนเฟอโรนี่ (Bonferroni) โดยประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังส่วนล่าง 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 8

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ทั้งหมดเป็นเพศหญิงและมีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.60 ปี (SD=4.00) สถานภาพโสด ร้อยละ 88 ข้อมูลการทำงาน พบว่า อายุการทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 4.8 ปี (SD=4.10) ชั่วโมงการทำงานต่อวันเฉลี่ยเท่ากับ 8.90 ชั่วโมง (SD=1.10) ทุกคนไม่มีการประกอบอาชีพเสริม ข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 56 กิโลกรัม (SD=7.40) ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 160.40 เซนติเมตร (SD=5.10) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 20.81 กิโลกรัม/เมตร^2 (SD=4.70) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92 ไม่มียาที่ใช้เป็นประจำ ร้อยละ 88 ไม่มีประสบการณ์เกิดอุบัติเหตุที่เกิดการบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่าง ร้อยละ 96 โดยพบว่า ทุกคนมีประสบการณ์การเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างขณะทำงาน สาเหตุเกิดจากการยืนนาน (prolonged stand) มากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา คือ การยกของหนัก (heavy lifting) เท่ากันกับการก้มหยิบของ (bent) ร้อยละ 16 ระยะเวลาอาการปวดหลังส่วนล่างเฉลี่ย 27 นาที (SD=18.40) และความถี่ของอาการปวดหลังส่วนล่างเฉลี่ย 2.50 ครั้งต่อสัปดาห์ (SD=1.70) และส่วนมากไม่มีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 68

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่าง และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยอยู่ในระดับปวดเล็กน้อยทั้ง 3 ช่วงเวลา คือ ก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) เท่ากับ 11.84 (SD=4.469) ระหว่างการทดลอง (สัปดาห์ที่ 5) เท่ากับ 9.36 (SD=4.572) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) เท่ากับ 9.60 (SD=4.481) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,24}$=177.537, p<.01) โดยใน 3 ช่วงเวลา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างมีความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะของการทดลอง ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างหลังการทดลองลดลงอย่างชัดเจนกว่าก่อนการทดลอง โดยเริ่มลดลงในสัปดาห์ที่ 5 ของการทดลอง และเมื่อนำข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างมาวิเคราะห์ผลความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี่ พบว่า มีเพียง 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ คู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8) มีผลต่างของค่าเฉลี่ย ($\bar{d}$)= 2.24 ดังตาราง

ตาราง แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่าง ภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง (N = 25)

คะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างรายคู่	Mean Difference ($\bar{d}$)	Std.Error	95% confidence interval for Difference[a]		sig[a]
			Lower Bound	Upper Bound	
คู่ที่ 1 (wk1-wk8)	2.240*	.851	.50	4.430	.44*
คู่ที่ 2 (wk1-wk5)	2.480	1.017	-.137	5.097	.67
คู่ที่ 3 (wk5-wk8)	-.240	.463	-1.431	.951	1.00

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะจำกัดของการทำกิจกรรมต่ำกว่าก่อนการทดลองซึ่งให้ความหมายว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง และอยู่ในระดับมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ทั้งหมดทั้ง 3 ช่วงเวลา คือ ก่อนการทดลอง เท่ากับ 10.84 (SD=1.625) ระหว่างการทดลองและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากัน คือเท่ากับ 10.52 (SD=1.661) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าทุกคู่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอาจเกิดจากการทำกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งเห็นได้จากการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างที่สูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อกล้ามเนื้อเกิดการยืดเหยียดและปรับกระดูกสันหลังให้ตรง ทำให้โครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อเกิดความสมดุล ส่งผลให้อาการปวดเมื่อยลดลง ประกอบกับการใช้สื่อและแบบบันทึกจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนและกำกับตนเองให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนจากหัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ได้ดีขึ้น นอกจากนี้การให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสฝึกการปรับท่าทางการทำงานและการบริหารร่างกายแบบมณีเวชตามโปรแกรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะและมั่นใจในการดูแลตนเอง กระบวนการกลุ่มลักษณะนี้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้จนประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าพยาบาลประจำห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ[19] เช่นเดียวกับผลการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างร่วมกับการฝึกบริหารร่างกายในพยาบาลที่พบว่ามีค่าคะแนนความปวดหลังลดลง[20] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยการบริหารร่างกายด้วยท่าบริหารคล้ายคลึงกับมณีเวช 8 ท่า พบว่าคะแนนของการมีข้อจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากจนทุพพลภาพลดลง[21] นอกจากนี้การบริหารร่างกายแบบมณีเวชเป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย ทำให้โครงสร้างกล้ามเนื้อและแนวกระดูกอยู่ในแนวปกติ อาการปวดก็จะลดลงหรือหายจากอาการปวด สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าพนักงานทำความสะอาดมีอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง[11] และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างหลังการบริหารร่างกายด้วยศาสตร์มณีเวชในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามทุพพลภาพหลังการรักษา 4 สัปดาห์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$)[22] อย่างไรก็ตามโปรแกรมที่พัฒนาครั้งนี้ไม่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชสามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานทำความสะอาด[11] ทั้งนี้จึงอาจเป็นไปได้ว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนน

เฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับทำได้ทั้งหมดในทุกระยะของการศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$)[23] แต่มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้และทักษะการจัดการความเสี่ยงในการทำงานของพยาบาลสูงขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมซึ่งจัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม การใช้สื่อ และการฝึกปฏิบัติ[24]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บริหารสถานพยาบาลควรนำโปรแกรมที่พัฒนานี้ไปเป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงาน และสนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยคำนึงถึงบริบทสภาพการทำงานและความเหมาะสมของการประยุกต์ใช้โปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาแบบเปรียบเทียบสองกลุ่มโดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomized controlled trial) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมที่บ้าน

2. ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง เป็นต้น และการประเมินผลด้านความคุ้มทุนของโปรแกรม

References

1. Yang F, Di N, Guo W. Ding W, Jia N., Zhang H, The prevalence and risk factors of work related musculoskeletal disorders among electronics manufacturing workers: a cross-sectional analytical study in China. BioMed Central Public Health. 2023; 23(10): 1-11.
2. Department of Disease control. Ministry of Public Health. Annual report 2020. Bangkok Aksorn Graphic and Design; 2021. (in Thai)
3. Srisukkho N, Luksamijarulkul P, Chaiyanan S, & Morakotsri. wan N. Prevalence and severity of low back pain in nursing personnel in a hospital in Bangkok Metropolitan Administration. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 1(23): 187-97. (in Thai)
4. Meyoutam C. The Prevalence and Related Factors of Low Back Pain Among Nursing Personnel in Nakhonpathom Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2020; 39(4): 578-90. (in Thai)
5. Ijabadeniyi OA, & Fasae JK. Prevalence of low back pain among nurses and the effects on job performance in tertiary health institutions in Ondo State, Nigeria. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2023; 18 (100560): 1-5.
6. Mart´ı-Ejarque MM, Lazaro G, Junca RC, Paredes SP, & Diez-Garcia C. Occupational diseases and perceived health in operating room nurses: a multicenter cross-sectional observational study. Inquiry. 2021; 58: 1–8.
7. Boonsrichan B. Selected basic conditioning factors, self-care agency, and self-care for symptom control of low back pain among tapping workers in para-rubber plantation [master's thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2005. (in Thai)
8. Jaijum P, & Tantipanjaporn T. Effectiveness of muscle stretching with ergonomics training program to relieve back pain and increase back muscle stretching in hand weaving workers, Mae Rang Sub-district, Pa Sang District, Lamphum Province. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2018; 20 (3): 29-39. (in Thai)

9. Lec H, Rizzo RR, Bagg MK, et al. Pharmacological treatments for low back pain in adults: An overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023; 4(4): CD013815.
10. Shariat A, Cleland JA, Danaee M, et al. Effects of stretching exercise training and ergonomic modifications on musculoskeletal discomforts of office workers: a randomized controlled trial. Brazilian Journal of Physical Therapy. 2018; 22(2), 144-53.
11. Wangpholpattanasiri S, Tantranont K, & Songkham W. Effects of Maneevej Exercise on Low Back Pain and Functional Status Among Cleaning Workers. Nursing Journal of Chiang Mai University. 2022; 49(3): 233-45. (in Thai)
12. Orem, DE. Nursing: Concepts of practice. (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby Year book; 2001.
13. Northern Territory Government. Guide six step to risk management. Darwin: NT WorkSafe; 2018.
14. Division of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease control. Ministry of Public Health. Guidelines for basic diagnosis of diseases and occupational hazards for public health service units [internet]. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2012.
15. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
16. Sopajareeya, C. Development of a low back pain prevention program for nurses. [dissertation]. [Bangkok]: Mahidol University; 2010. (in Thai)
17. Kitisomprayoonkul W, Klaphajone J, & Kovindha A. Thai short-form McGill pain questionnaire. Journal of the Medical Association of Thailand. 2006; 89 (6): 846-53. (in Thai)
18. Sanjaroensuttikul N. The Oswestry low back pain disability questionnaire (version 1.0) Thai Version. Journal of the Medical Association of Thailand. 2007; 90 (7): 1417-22.
19. Sangthong N, Kaeodumkoeng K, & Therawiwat M. Effects of health promotion program on low back pain preventive behavior of operative nurses at a University Hospital, Bangkok. TH. Journal of Health Education. 2020; 43(1): 1-11. (in Thai)
20. Sharaf AY, Syam NM, & Ahmed RF. Effects of educational nursing interventions on pain, and quality of life among nurses with low back pain. Egyptian Journal of Health Care. 2020; 11 (3): 703-21.
21. Ibrahim MI, Zubair IU, Shafei MN, Ahimad MI & Yaacob NM. Interactive low back pain intervention module based on the Back School Program: A cluster-randomized experimental study evaluatingits effectiveness among nurses in publichospitals. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020, 17 (5916): 1-13.
22. Nualyam A, & Waichompu N. The development of Maneevej exercise model for low back pain in Hat Yai Hospital. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2020; 3(3): 39-51. (in Thai)
23. Sirimasakul N. The effects of the educative-supportive nursing program on self-care behaviors and pain among patients with lower back pain. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2022; 30 (2): 108-20. (in Thai)
24. Ibrahim SA, Aly RIE, & Ghaith EES. Training strategy to enhance nurses' performance regarding risk management at Port Said General Hospital. Port Said Scientific Journal of Nursing. 2023; 10(1):110-29.

ผลของการใช้เกมสถานการณ์จำลองในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

Effects of Using Simulation Game Based Learning to prepare Air Force Student Nurses before Pediatric and Adolescent Nursing Practice

วิกานดา วิริยานุภาพพงศ์*
Wikanda Wiriyanupappong*
วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10220
Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้เกมสถานการณ์จำลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมแบบปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 60 คน เลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เกมสถานการณ์จำลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มโรคที่พบบ่อยและแบบประเมินความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาค่า IOC เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.77 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาจารย์พยาบาลสามารถนำเกมสถานการณ์จำลองมาใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : เกมสถานการณ์จำลอง, ความรู้, ความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ, การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น, นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

Abstract

This research was conducted in a quasi-experimental research design with a pretest and posttest in two groups, aiming to compare the average scores of knowledge and self-confidence in pediatric and adolescent nursing practice of Air Force Student Nurses between the experimental group that received preparation using a Simulation Game-Based Learning and the control group that received regular preparation. The sample group comprised 60 third-year Air Force Student Nurses in the academic year 2024. was selected by a purposive sampling method. The research instruments comprised a Simulation Game-Based Learning. Data were

Corresponding Author: *E-mail: wikanda.wir@rtafnc.ac.th

วันที่รับ (received) 17 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 ต.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 2 พ.ย. 2567

collected using a knowledge assessment form on nursing care for pediatric and adolescents with common diseases and a self-confidence assessment form on pediatric and adolescent nursing practice, resulting in an IOC value of 1.00, a KR-20 reliability coefficient of 0.77, and Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed using independent t-test and paired t-test.

The results revealed that the experimental group's average scores of knowledge and self-confidence in pediatric and adolescent nursing practice were higher than in the control group. Moreover, the average scores of the experimental group after the experiment were higher than before the experiment, with statistical significance.

Nursing instructors can use Simulation Game-Based Learning to prepare nursing students before pediatric and adolescent nursing practice.

Keywords: Simulation Game-Based Learning, knowledge, self-confidence in clinical practice, pediatric and adolescent nursing, Air Force Student Nurses

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย เพื่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ป้องกันอาการเจ็บป่วย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย ครอบคลุมองค์ประกอบของบุคคลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลจึงมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่น เพราะต้องเน้นให้ผู้เรียนมีองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ มีทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลที่ถูกต้อง รวมทั้งคุณธรรม จริยธรรมในวิชาชีพ

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในยุคของเทคโนโลยีดิจิทัลและสังคมพหุวัฒนธรรม มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ (Outcome Based Education) โดยใช้การเรียนรู้เป็นศูนย์กลางและผ่านการปฏิบัติตามสภาพจริง ตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ[1] โดยเฉพาะในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น นักเรียนพยาบาลจะต้องให้การดูแลสุขภาพเด็กป่วย การดูแลด้านจิตสังคม รวมทั้งการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กยามเจ็บป่วยได้ การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มีความท้าทายหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อผู้เรียน ได้แก่ ช่วงวัยของเด็กที่แตกต่างกัน ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน การบริหารยาที่ต้องใช้ความละเอียด ถูกต้อง และแม่นยำ การจัดการกับความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวขณะที่อยู่โรงพยาบาล ทำให้เมื่อนักเรียนพยาบาลขึ้นฝึกภาคปฏิบัติจะขาดความมั่นใจขณะให้การพยาบาล เป็นเหตุให้ลดทอนความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้[2]

จากการสำรวจความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ในปีการศึกษา 2566 ทั้งหมดจำนวน 60 คน พบว่า วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเป็นวิชาที่ผู้เรียนมีความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุด โดยร้อยละ 36.67 มีคะแนนความรู้ก่อนฝึกภาคปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 46.67 มีความมั่นใจระดับน้อย[2] ทั้งนี้ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นผู้เรียนจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ โดยแบ่งกลุ่มหมุนเวียนฝึกทักษะทางการพยาบาลด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยร่วมกับโจทย์สถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นในรูปแบบของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning) ซึ่งการเตรียมความพร้อมในรูปแบบเดิมอาจดึงความสนใจและกระตุ้นให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้หรือทบทวนบทเรียนได้น้อย เนื่องจากโจทย์สถานการณ์จำลองมีรายละเอียดค่อนข้างมาก จึงต้องใช้เวลาในการทบทวนความเข้าใจเป็นอย่างมาก

การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง[3,4] เป็นการสอนที่จำลองเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมใกล้เคียงความจริง เพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหาของผู้เรียน ลดข้อผิดพลาดก่อนการปฏิบัติจริง การเรียนรู้รูปแบบนี้ใช้ในวิชาชีพที่ต้องการความชำนาญและความแม่นยำ ได้แก่ การแพทย์และการพยาบาล การนำทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์[5] (Kolb's Experiential Learning Theory) มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน จะทำให้กระบวนการเรียนรู้มีความ

ครบถ้วนทั้งในด้านการปฏิบัติจริง การสะท้อนความคิด และการปรับปรุงการทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์จริงอย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันมีการนำสถานการณ์จำลองมาใช้ในการเตรียมความพร้อมผู้เรียนก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับหุ่นหรืออุปกรณ์จำลองสำหรับฝึกทักษะทางการพยาบาล โดยสามารถแบ่งระดับของความเสมือนจริงของหุ่นและอุปกรณ์จำลองได้ 3 ระดับ ได้แก่ หุ่นและอุปกรณ์ที่มีความเสมือนจริงระดับต่ำ ระดับกลาง และระดับสูง ทั้งนี้หุ่นและอุปกรณ์ที่มีความเสมือนจริงระดับต่ำจะมีราคาถูก หาซื้อและสามารถบำรุงรักษาได้ง่าย สามารถใช้ร่วมกับโจทย์สถานการณ์จำลองที่มีรายละเอียดไม่ซับซ้อน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงออกแบบสถานการณ์จำลองในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันให้เหมาะสมช่วยอธิบายกรณีผู้ป่วยที่ค่อนข้างซับซ้อนให้กลายเป็นเรื่องที่เข้าใจง่ายขึ้น สร้างแรงจูงใจต่อผู้เรียน พัฒนาทักษะการนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล อีกทั้งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาล พบว่า สื่อการสอนมีความสำคัญต่อผู้เรียนในการช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ โดยเฉพาะการเรียนรู้ผ่านเกม เป็นนวัตกรรมสื่อการสอนรูปแบบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน[7] ในศตวรรษที่ 21 การเรียนรู้ผ่านเกมมีส่วนช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนมีความมุ่งมั่นในการเล่นเพื่อเอาชนะ ได้รับแรงเสริมทางบวกจากคะแนนที่เพิ่มขึ้นเมื่อตอบถูก ในขณะเดียวกันการตอบคำถามผิดในเกมของผู้เรียนยังมีส่วนช่วยสร้างแรงจูงใจในการค้นหาคำตอบที่ถูกต้อง เพื่อช่วยคลี่คลายข้อสงสัยได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งได้รับความสนุกและเพลิดเพลิน[8] ดังนั้นผู้เรียนจะสามารถทบทวนบทเรียนได้ตามต้องการ มีส่วนช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนมีความรู้ในเนื้อหาและสาระสำคัญของรายวิชามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้เกมสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มความรู้ให้กับนักเรียนพยาบาลได้[9]

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนาสื่อการสอนวิชาการพยาบาลในรูปแบบเกมโดยนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการ์จำลอง กล่าวคือ การพัฒนาโจทย์สถานการณ์จำลองให้กลายเป็นเกมสถานการณ์จำลอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่ใช้เกมสถานการณ์จำลองในการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้ออกแบบเกมสถานการณ์จำลองขึ้นโดยการนำเสนอโจทย์สถานการณ์จำลองของผู้ป่วยเด็กในโรคที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มาสร้างเป็นตัวละครถ่ายทอดเรื่องราวสภาวะการณ์เจ็บป่วยผ่านการ์ตูนแอนิเมชัน[10] สามารถนำมาใช้ร่วมกับหุ่นและอุปกรณ์จำลองฝึกทักษะทางการพยาบาล โดยมีนักเรียนพยาบาลในฐานะผู้เล่นเกมถูกสมมติขึ้นเป็นตัวละครพยาบาลในเกมแสดงบทบาทในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในเกมสถานการณ์จำลอง เพื่อฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล อีกทั้งผู้เรียนยังสามารถกลับไปทบทวนความรู้ผ่านการเล่นเกมสถานการณ์จำลองด้วยการตอบคำถามในรูปแบบออนไลน์ ผู้วิจัยหวังว่าการใช้เกมสถานการณ์ในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้เรื่องการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น รวมทั้งช่วยสร้างความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ระยะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

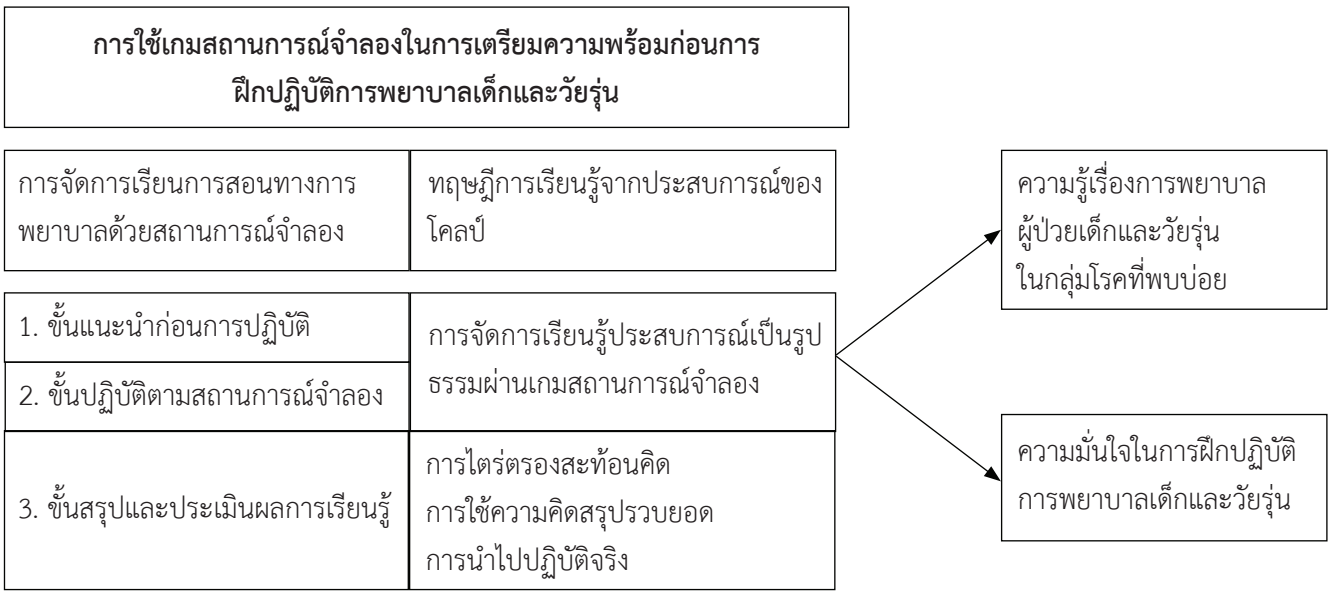
1. ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้

จากประสบการณ์[5] และการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง[11] โดยทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์เชื่อว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่อย่างเป็นกระบวนอย่างต่อเนื่องกัน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดการเรียนรู้ประสบการณ์เป็นรูปธรรม (concrete experience) 2) การไตร่ตรองสะท้อนคิด (reflection observation) 3) การใช้ความคิดสรุปรวบยอด (abstract conceptualization) 4) การนำไปปฏิบัติจริง (active experimentation) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้สำหรับการเตรียมความพร้อมโดยใช้เกมสถานการณ์จำลองในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นแนะนำก่อนการปฏิบัติ (pre-brief phase) 2) ขั้นปฏิบัติตามสถานการณ์จำลอง (scenario phase) และ 3) ขั้นสรุปและประเมินผลการเรียนรู้ (debriefing phase) สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pretest-posttest design) ประชากร คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 63 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ ผ่านการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ในปีการศึกษา 2566 และให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยและการเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นได้ตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ในการคำนวณได้กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) = 0.66 ซึ่งได้จากงานวิจัยที่ผ่านมา[13] กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.80 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยคัดเลือกให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด (match pair) ในด้านระดับชั้น เพศ อายุ ผลการเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ เกมสถานการณ์จำลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ศึกษาข้อมูลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายวิชา

2) สร้างสถานการณ์จำลองในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันด้วยโปรแกรม Animaker โดยการจำลองสถานการณ์

การดูแลเด็กป่วยขณะรักษาตัวที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก 2) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และ 3) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ จากนั้นนำสถานการณ์จำลองที่สร้างไว้ มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของเกมตอบคำถามในรูปแบบวิดีโอพร้อมใส่ข้อคำถามในสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยโปรแกรม Quizizz

3) ผู้วิจัยนำเกมสถานการณ์จำลองตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนนักศึกษาพยาบาลโดยใช้เกมเป็นฐาน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และอาจารย์พยาบาลเด็กและวัยรุ่น ได้ค่า IOC รายข้อมีค่าเท่ากับ 1.00 และผลประเมินคุณภาพของสื่อเกมสถานการณ์จำลองโดยรวม M = 4.67 (SD = 0.13)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และผลการเรียน รวมจำนวน 3 ข้อ

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มโรคที่พบบ่อย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาจากกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กขณะรักษาตัวที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำแนกเป็น 3 โรค ได้แก่ 1) โรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อ 2) โรคปอดอักเสบ จำนวน 6 ข้อ และ3) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว ข้อละ 1 คะแนน รวม 20 คะแนน

2.3 แบบประเมินความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาในข้อคำถามประกอบด้วยความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรคปอดอักเสบ และโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ รวมทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้คะแนนระหว่างมั่นใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน ไปจนถึงไม่มั่นใจ เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 12 – 48 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินทั้งสองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ภายหลังการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC รายข้อ เท่ากับ 1.00

ผู้วิจัยนำแบบประเมินในงานวิจัยครั้งนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มโรคที่พบบ่อยได้ค่าความเที่ยง (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.77 และแบบประเมินความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน พ.ศ. 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารแสดงความสมัครใจ

1.2 ผู้วิจัยเตรียมห้องสาธิตฝึกปฏิบัติการพยาบาล เตรียมอุปกรณ์และหุ่นจำลอง สำหรับฝึกทักษะทางการพยาบาล เตรียมเกมสถานการณ์จำลอง

1.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการผู้ป่วยพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มโรคที่พบบ่อย และแบบประเมินความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ก่อนทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 60 นาที

2. ระยะการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 กลุ่มทดลอง ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้เกมสถานการณ์จำลอง มีรายละเอียดดังนี้

1) ขั้นแนะนำก่อนการปฏิบัติ (pre-brief) ใช้เวลาทั้งหมด 20 นาที ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ วิธีการสอนโดยใช้เกมสถานการณ์จำลอง แนะนำอุปกรณ์และหุ่นจำลอง แจ้งบทบาทผู้เรียน และให้ผู้เรียนได้

ศึกษาสถานการณ์จำลองในรูปแบบแอนิเมชัน

2) ขั้นปฏิบัติตามสถานการณ์จำลอง (scenario) ใช้เวลาทั้งหมด 60 นาที ผู้วิจัยให้แต่ละกลุ่มเข้าเล่นเกมสถานการณ์จำลองร่วมกับการฝึกทักษะการปฏิบัติกับหุ่นจำลองโดยใช้กระบวนการพยาบาล ใช้ระยะเวลาสถานการณ์ละ 20 นาที ครบทั้ง 3 สถานการณ์

3) ขั้นสรุปและประเมินผลการเรียนรู้ (debriefing) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เป็นการสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการเตรียมความพร้อมแบบปกติ เป็นการเตรียมความพร้อมตามโจทย์สถานการณ์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ร่วมกับฝึกทักษะการปฏิบัติกับหุ่นจำลองโดยใช้กระบวนการพยาบาล ใช้ระยะเวลาสถานการณ์ละ 20 นาที ครบทั้ง 3 สถานการณ์

3. ระยะหลังการทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มโรคที่พบบ่อย และแบบประเมินความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น หลังทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 60 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ (เอกสารรับรอง เลขที่ 20/67 วันที่ 18 มีนาคม 2567) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลที่ได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังดำเนินการเก็บรวบรวมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำเกมสถานการณ์จำลองให้กลุ่มควบคุมได้รับเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test และระยะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.000	0.000
ชาย	27	90.00	27	90.00		
หญิง	3	10.00	3	10.00		
อายุ (ปี)					1.325	0.857
18 - 19 ปี	1	3.33	1	3.33		
19 - 20 ปี	10	33.33	12	40.00		
20 - 21 ปี	14	46.67	14	46.67		
21 - 22 ปี	4	13.33	3	10.00		
22 - 23 ปี	1	3.33		0.00		
ผลการเรียน					0.072	0.995
< 2.50	1	3.33	1	3.33		
2.50 – 2.99	15	50.00	14	46.67		
3.00 – 3.49	13	43.33	14	46.67		
3.50 – 4.00	1	3.33	1	3.33		

จากตาราง 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 เพศชาย ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 20 - 21 ปี ร้อยละ 46.67 ระดับผลการเรียนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.50 – 2.99 ร้อยละ 50.00 ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 เพศชาย ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 20 – 21 ปี ร้อยละ 46.67 ระดับผลการเรียนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.50 – 2.99 และช่วง 3.00 – 3.49 ร้อยละ 46.67 ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test (n = 60) ดังตาราง 2

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นฯ	5.60	1.69	5.67	1.56	-.159	.875
ความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น	28.70	6.51	28.33	6.41	.220	.827
หลังการทดลอง						
ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นฯ	12.40	2.82	9.97	2.31	3.652	.001*
ความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น	37.43	5.69	30.73	5.30	4.720	.000**

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

ผลการวิจัย ระยะหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มโรคที่พบบ่อยของกลุ่มทดลอง (M = 12.40, SD = 2.82) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 9.97, SD = 2.31) อย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.652, p <.001) และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของกลุ่มทดลอง (M = 37.43, SD = 5.69) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 30.73, SD = 5.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.720, p<.000)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นระยะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test (n = 60) ดังตาราง 3

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นฯ	5.60	1.69	12.40	2.82	15.170	.000**
ความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น	28.70	6.51	37.43	5.69	7.357	.000**

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

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มโรคที่พบบ่อยและคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 15.170, p < .000 และ t = 7.357, p < .000 ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก ความแตกต่างในวิธีการเรียนรู้อาจทำให้กลุ่มทดลองสามารถพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และความมั่นใจได้ดีกว่า เนื่องจากเกมสถานการณ์จำลองมีลักษณะที่สามารถกระตุ้นความสนใจและสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ได้มากกว่าการเตรียมความพร้อมแบบปกติ การเตรียมความพร้อมโดยใช้เกมสถานการณ์จำลอง เป็นการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานระหว่างเกมกับโจทย์สถานการณ์จำลองที่มีความแปลกใหม่และทันสมัย โดยในตัวเกมสถานการณ์จำลองถูกสร้างจากสถานการณ์จริงของผู้ป่วยเด็กโรคที่พบบ่อยมาสร้างเป็นตัวละครและเหตุการณ์มาถ่ายทอดเรื่องราวสภาวะการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นผ่านการ์ตูนแอนิเมชัน[10] โดยมีผู้เรียนในฐานะผู้เล่นเกมถูกสมมติขึ้นเป็นตัวละครพยาบาลในเกม นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในเกมสถานการณ์จำลอง ผู้เรียนสามารถเข้าเล่นเพื่อทบทวนเนื้อหาได้ตามต้องการ เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะการนำความรู้ไปใช้ในการคิด วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น เสริมสร้างความมั่นใจขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้สถานการณ์จำลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01[6]

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าในกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการใช้เกมสถานการณ์จำลอง ผู้เรียนได้รับรู้ในประสบการณ์ใหม่ ๆ ทำให้เกิดการสะท้อนคิดต่อประสบการณ์และบูรณาการความรู้จนกลายเป็นความคิดรวบยอด เกิดทักษะปฏิบัติการพยาบาลจากประสบการณ์ที่ได้รับ และเกิดความมั่นใจก่อนฝึกปฏิบัติงานจริง[11] รวมทั้งการเรียนรู้ผ่านเกมที่นำมาใช้ร่วมกับสถานการณ์จำลอง มีส่วนช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนมีความมุ่งมั่นในการเล่น ได้รับแรงเสริมทางบวกเมื่อตอบถูก ในขณะเดียวกันการตอบคำถามผิดในเกมของผู้เรียนยังมีส่วนช่วยสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการค้นหาคำตอบที่ถูกต้อง ได้รับทั้งความสนุกและเพลิดเพลิน[7,8] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนความมั่นใจหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01[13]

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาในการดำเนินการในช่วงเวลาที่จำกัด ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการประเมินผลในระยะยาว เช่น การติดตามผลของการใช้เกมสถานการณ์จำลองว่าจะยังคงส่งผลดีต่อความรู้และความมั่นใจของผู้เรียนหรือไม่ นอกจากนี้ปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย เช่น ความพร้อมด้านเทคโนโลยีของผู้เรียน และสภาพแวดล้อมในการฝึกปฏิบัติที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

สถาบันการศึกษาพยาบาล ควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและเพิ่มทักษะให้อาจารย์ในการออกแบบและใช้เกมสถานการณ์จำลองอย่างเหมาะสม เพื่อให้อาจารย์สามารถออกแบบและใช้งานเกมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของนักเรียนพยาบาล ในอนาคตควรมีการบูรณาการการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการพยาบาล เพื่อให้เกิดการใช้งานที่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การเรียนการสอนอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินผลการใช้เกมสถานการณ์จำลองในระยะยาว เพื่อวัดผลลัพธ์ในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะปฏิบัติและความมั่นใจของนักเรียน รวมถึงความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ ควรพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบเกมให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ทางการแพทย์ที่หลากหลาย เพื่อตอบโจทย์ความต้องการของนักเรียนพยาบาลในยุคดิจิทัล ควรวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาและปรับปรุงการเรียนการสอนให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน พร้อมทั้งศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้เกมกับวิธีสอนแบบอื่น และประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อพิจารณาความยั่งยืนในการใช้งาน

References

1. Royal Thai Air Force Nursing College. Bachelor of Nursing Science (Revised Curriculum, 2018). Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force. 2018. (in Thai)

2. Wiriyanupappong W, Watcharasit R, Wannaphak T, & Suttirungrueang N. The Effect of Animated learning media on Nursing for Pediatric Patients with Ventricular Septal Defect of 3rd years Air Force Student Nurse Academic year 2023. Journal of Environmental and Community Health. 2023; 8(3): 779-86. (in Thai)
3. Chudjuajeen S, Wutisukpaisan S, & Narysangkharn S. The Use of High-Fidelity Simulation Based Learning in Nursing Education. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2021; 11(2): 149-63. (in Thai)
4. Chutchawan N, Yuroong A, Untaja P, & Ankanawin U. Effects of Multi-scenario Simulation Learning Program for Developing Military Nursing Performance in the Royal Thai Army Nursing Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 109-18. (in Thai)
5. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall Inc; 1984.
6. Pangsuk P, & Kingmala C. The Effect of Simulation-Based Learning on Knowledge and Self-Efficacy of the Third Year Nursing Students in Caring for Emergency Patients. Songklanagarind Journal of Nursing. 2021; 41(2): 89-100. (in Thai)
7. Jamjang S, Thongthieng W, & Kumyod S. Effects of Using Online Game on Readiness Preparation of Nursing Practice for the Development of Drug Administration Knowledge for Nursing Students. The Journal of Faculty of NursingBurapha University. 2022; 30(3): 114-26. (in Thai)
8. Thongpradab J, Lohacheewa S, & Preeyanon L. Effects of Game-Based Learning on Nursing Students' Knowledge of English Psychiatry Terminology. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022; 37(3): 111-24. (in Thai)
9. Hemadhulin S, Kaewviengdach C, Buahom C, Chuemuangsaen D, & Sittikan S. The Effects of Learning Management Using APGAR score Game on APGAR Score Knowledge. Journal of Health Science. 2023; 32(4): 723-31. (in Thai)
10. Choojun S. The effect of information giving through the two-dimension cartoon animation on preventive behavior for acute respiratory tract infection among preschool children in childcare centers. (thesis). Bangkok. Chulalongkorn University; 2019. (in Thai)
11. Jefferies P R A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nursing education perspectives. 2005; 26(2): 96-103.
12. Kumkong M, Leejareon P, Aramrom Y, & Jitviboon A. Effects of Simulation-Based Learning on Perceived Self-Efficacy in Providing Nursing Care for Advanced Life Support to Patients with Critical Illness or Emergency Condition among Nursing Students. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016; 3(3): 52-64. (in Thai)
13. Chubkhuntod P, Elter P, Gaewgoontol N, & Potchana R. Effects of Simulation Based Learning Model on Knowledge, Self-Efficacy and Abilities of Applying Nursing Process Skills during Intrapartum Care of Nursing Students. Journal of Health Science. 2020; 29(6):1062-72. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Factors Related to Pain in Patient with Knee Osteoarthritis

นฤมล ศิลวิศาล[1] ทิพวรรณ พลานุพัฒน์[1] จารุวรรณ ยกเส้ง[2]
Narumon Sinwisarn[1] Thippawan Palanupat[1] Jaruwan yokseng[2]
[1]สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160
[1]School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Thailand 80160
[2]พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลท่าศาลา นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160
[2]Registered Nurse, surgical outpatient ward, Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Thailand 80160

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างเดือนมกราคม 2563–ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 319 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวด ความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งชุด (r) เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์ไคสแควร์และสถิติถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุ อาชีพ การบริหารข้อเข่าด้วยตนเองและการรับประทานยา และปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเข่าร่วมกับอาการอื่นๆ คือปวดเข่าร่วมกับมีอาการข้อขัด เดินได้ไม่มั่นคง และเข่าบวม ปวดเข่าร้าวไปขาหรือปวดถึงใต้น่อง ได้แก่ อายุ อาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรส่งเสริมด้านการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อชะลอการดำเนินของโรค ส่งเสริมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งความสามารถในอาชีพการทำงานผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อม, ปัจจัยเสี่ยง, ความปวด, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

This research is a retrospective study examining factors related to pain in patients with knee osteoarthritis at the outpatient clinic of Thasala Hospital between January 2020 and December 2022. Adults and older individuals, totaling 319 participants, were recruited for the study. Data was collected using personal information and self-care behavior record forms. The overall reliability for the entire set (r) was equal to .96. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square relationship analysis, and binary logistic regression analysis.

The results indicated that significant factors related to pain in patients with knee osteoarthritis include age, occupation, and self-manipulation of the knee. Factors predicting the risk of knee pain and other symptoms included joint stiffness, unsteady walking, swollen knees, and knee pain radiating to the leg or under the calf, as well as age and occupation. (P<.05) Based on the findings of this study, it is recommended that self-care education initiatives be enhanced, detrimental behaviors be modified. These interventions aim to decelerate

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

วันที่รับ (Received) 12 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 2 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 13 ก.ค. 2567

disease progression, promote overall health, and preserve the occupational capabilities of patients with knee osteoarthritis.

Keywords: Knee Osteoarthritis, Risk factor, Pain, Self-behavior

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis) เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ (Hyaline Articular Cartilage) พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคข้อ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อกระดูกที่ปกคลุมด้วยกระดูกเสื่อมสภาพหรือมีการสูญเสียของกระดูกที่อยู่ในข้อทำให้เกิดอาการอักเสบ สถานการณ์ทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยกระดูกและข้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[1] โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นสาเหตุอันดับที่ 4 และสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อใน คนไทยมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 11.3 ของผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดในเอเชีย[2] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มีหลายประการ ได้แก่ อายุ พบมากขึ้นในกลุ่มคนที่อายุมากกว่า 50 ปี เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าผู้ชาย[3] กรรมพันธุ์มีความเสี่ยงที่สูงขึ้นหากมีประวัติคนในครอบครัวที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม[4] อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บ การทำงานที่ต้องใช้ข้อเข่ามาก การทำงานที่ต้องใช้ข้อเข่าอย่างต่อเนื่องหรือทำงานที่ต้องยืนหรือเดินนานในท่าที่ไม่ถูกต้อง การมีน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนสามารถเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติโรคอื่นๆ เช่น โรคข้ออักเสบ สามารถเสริมสร้างความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม[5] อาการของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ขึ้นกับระดับความรุนแรงต่างๆ ของโรค โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดเข่า ข้อเข่าฝืด ข้อเข่าผิดรูป และมีเสียงดังในข้อเข่าขณะที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทาง[6] เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้ร่างกายผลิตสารก่อการอักเสบไปกระตุ้น nerve growth factor[7] กระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวด (pain sensation) ส่งผลให้เคลื่อนไหวร่างกายลดลงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต[8]

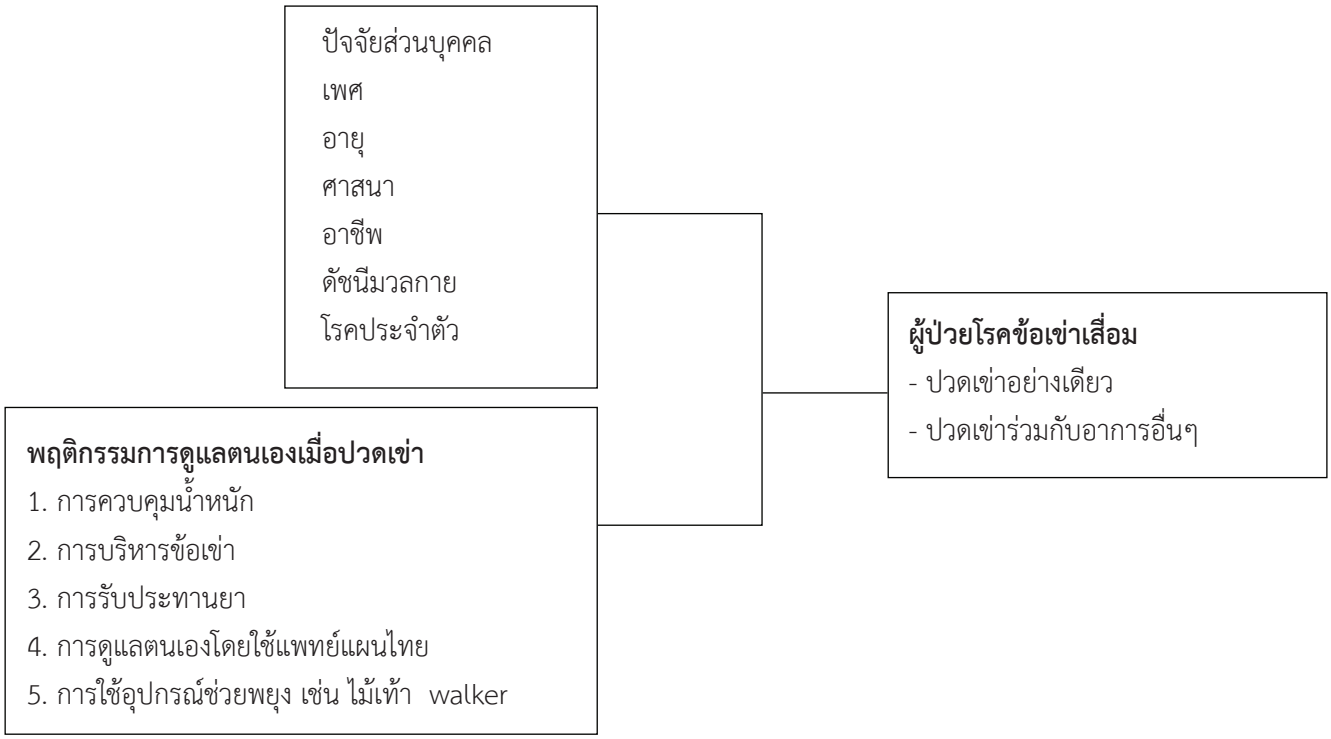
การรักษาข้อเข่าเสื่อมมักมุ่งเน้นที่การควบคุมและการบรรเทาอาการเพื่อลดการเสื่อมของข้อเข่า และรักษาความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค ได้แก่ การใช้ยารักษาอาการปวดเป็นวิธีที่พบบ่อย โดยใช้ยาระงับปวด (pain relievers)[9] กายภาพบำบัดช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อ เพิ่มความยืดหยุ่นและลดการปวด[10] การใช้อุปกรณ์ เช่น รองเท้าสำหรับการเดินหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน[11] การสนับสนุนการจัดการตนเองมีความเป็นไปได้สำหรับการจัดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล[12] ในกรณีที่การรักษาอื่นๆ ไม่ประสบความสำเร็จหรืออาการเข้าสู่ระดับที่รุนแรงมาก อาจจำเป็นต้องพิจารณาการผ่าตัด[13] การรักษาที่ถูกต้องจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการผสมผสานของวิธีรักษาที่เหมาะสมในแต่ละกรณี[14]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ โรคประจำตัวที่มีผลทำให้เกิดอาการปวดข้อเข่า ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรง ปัจจัยและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมที่จะช่วยลดอาการปวดข้อเข่าไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นและชะลอการเสื่อมของข้อเข่า[2] ในส่วนของโรงพยาบาลท่าศาลาพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มาด้วยอาการปวดข้อเข่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือใน พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วย 104 106 และ 128 ราย ตามลำดับ แต่ยังไม่มีการติดตามศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อใช้ในการวางแผนให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในคลินิกผู้ป่วยนอก และเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่าและลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์แบบย้อนหลัง จากเวชระเบียน (Retrospective Chart review) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาครั้งแรกและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างเดือนมกราคม 2563– เดือนธันวาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) และ (sampling)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลท่าศาลาระหว่าง มกราคม 2563 – ธันวาคม 2565 ตามเกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาครั้งแรกและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลท่าศาลาและมีการลงรหัสวินิจฉัยโรคตามรหัส International Classification of Disease (ICD 10) รหัส M 179 2) อายุ18 ปี ขึ้นไป 3) มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 319 คน

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ดัชนีมวลกาย อาชีพ โรคประจำตัว อาการปวดและอาการแสดงของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวด จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นคำตอบให้เลือกตอบ 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาหลังจากปรับปรุงได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งชุด (r) เท่ากับ .96

การพิทักสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่

119/2566 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม โดยไม่ใส่ชื่อผู้ป่วย มีการใช้รหัสเป็นเลข ชุดแบบบันทึกข้อมูลเลขที่ ไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล และใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

2) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัยแก่หัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียน ได้แก่ วัตถุประสงค์ รูปแบบวิจัย วิธีการดำเนินงาน และการนำข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

3) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ย้อนหลังการรักษาที่โรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างเดือนมกราคม 2563–ธันวาคม 2565 จำนวน 319 คน การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยต้องใช้รหัสผ่าน ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ มีผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่หน่วยงานเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่มีรหัสในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การหาสหสัมพันธ์แบบทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square correlation) ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ การศึกษา ศาสนา รายได้ โรคประจำตัว ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

3) วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิจัย พบว่า ส่วน ใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 77.43 ช่วงอายุส่วนใหญ่ 65-74 ปี จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 37.93 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 84.94 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 60.81 อาชีพส่วนใหญ่ทำสวน จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าอายุ อาชีพ การบริหารข้อเข่าด้วยตนเองและการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (N = 319)

ข้อมูลทั่วไป	ปวดอย่างเดียว (n = 282)	ปวดร่วมกับอื่นๆ (n = 37)	Chi-Squar	p-value
เพศ			0.476	0.490
ชาย	62 (21.99%)	10 (27.03%)		
หญิง	220 (78.01%)	27 (72.97%)		
อายุ		12.461	0.006*	
น้อยกว่า 55 ปี	28 (9.93%)	4 (10.81%)		
55 – 64 ปี	68 (24.11%)	17 (45.95%)		
65 – 74 ปี	107 (37.94%)	14 (37.84%)		
มากกว่าเท่ากับ 75 ปี	79 (28.01%)	2 (5.41%)		
ศาสนา		0.045	0.832	
พุทธ	240 (85.11%)	31 (83.78%)		
อิสลาม	42 (14.89%)	6 (16.22%)		

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (N = 319) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ปวดอย่างเดียว (n = 282)	ปวดร่วมกับอื่นๆ (n = 37)	Chi-Squar	p-value
ดัชนีมวลกาย			4.476	0.107
ปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22.99)	63 (22.34%)	3 (8.11%)		
น้ำหนักเกิน (23.00 – 24.90)	49 (17.38%)	6 (16.22%)		
อ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ 25.00)	170 (60.28%)	28 (75.68%)		
อาชีพ		36.772	<0.001**	
เกษตร (ทำสวน)	87 (30.85%)	2 (5.41%)		
รับราชการ	17 (6.03%)	11 (29.73%)		
ว่างงาน	97 (34.4%)	8 (21.62%)		
รับจ้าง	24 (8.51%)	7 (18.92%)		
ค้าขาย	39 (13.83%)	4 (10.81%)		
ประมง	2 (0.71%)	1 (2.7%)		
ทำนา	16 (5.67%)	4 (10.81%)		
โรคประจำตัว			0.145	0.704
มีโรคประจำตัว	213 (75.53%)	29 (78.38%)		
ไม่มีโรคประจำตัว	69 (24.47%)	8 (21.62%)		
พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวด				
การควบคุมน้ำหนัก			0.206	0.650
ปฏิบัติ	111 (39.36%)	16 (43.24%)		
ไม่ปฏิบัติ	171 (60.64%)	21 (56.76%)		
การบริหารข้อเข่าด้วยตนเอง			7.952	0.011*
ปฏิบัติ	21 (7.45%)	8 (21.62%)		
ไม่ปฏิบัติ	261 (92.55%)	29 (78.38%)		
การรักษาแพทย์แผนไทย			3.295	0.069
ปฏิบัติ	55 (19.5%)	12 (32.43%)		
ไม่ปฏิบัติ	227 (80.5%)	25 (67.57%)		
การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง			1.942	0.197
ปฏิบัติ	38 (13.48%)	2 (5.41%)		
ไม่ปฏิบัติ	244 (86.52%)	35 (94.59%)		
การรับประทานยา			8.957	0.036*
ปฏิบัติ	281 (99.65%)	35 (94.59%)		
ไม่ปฏิบัติ	1 (0.35%)	2 (5.41%)		

*หมายถึง p-value < .05, * p ≤.001

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเข่าร่วมกับอาการอื่นๆของผู้ป่วยที่เป็นโรคเข่าเสื่อม ได้แก่ ช่วงอายุ 65-74 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเข่าร่วมกับอาการอื่นๆ ของผู้ป่วยที่เป็นโรคเข่าเสื่อม 0.164 เท่า (ORadj, 95% CI = 0.03-0.91) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเข่าเสื่อมที่มีอายุ < 55 ปี อาชีพรับราชการมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเข่าร่วมกับอาการอื่นๆของผู้ป่วยที่เป็นโรคเข่าเสื่อม 14.538 เท่า (ORadj, 95% CI = 2.25-93.78) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเข่าเสื่อมที่มีอาชีพเกษตร (ทำสวน) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเข่าร่วมกับอาการอื่นๆ ของผู้ป่วยที่เป็นโรคเข่าเสื่อม โดยใช้ Binary Logistic Regression Analysis

ปัจจัย	OR	95%CI	P-value[1]	Adjusted	95%CI	P-value[2]
เพศ						
ชาย	1.000	Reference		1.000	Reference	
หญิง	0.761	0.35 - 1.66	0.491	0.693	0.26 - 1.82	0.458
อายุ						
น้อยกว่า 55 ปี	1.000	Reference		1.000	Reference	
55 – 64 ปี	0.177	0.03 - 1.02	0.053	0.251	0.03 - 2.04	0.196
65 – 74 ปี	0.101	0.02 - 0.45	0.003	0.164	0.03 - 0.91	0.038*
มากกว่าเท่ากับ 75 ปี	0.193	0.04 - 0.88	0.033	0.238	0.04 - 1.29	0.096
ศาสนา						
พุทธ	1.000	Reference	1.000	Reference		
อิสลาม	1.106	0.44 - 2.81	0.833	0.612	0.19 - 1.98	0.412
ดัชนีมวลกาย						
ปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22.99)	1.000	Reference		1.000	Reference	
น้ำหนักเกิน (23.00 – 24.90)	3.459	1.02 - 11.78	0.047	2.326	0.59 - 9.24	0.230
อ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ 25.00)	1.345	0.53 - 3.43	0.535	1.494	0.49 - 4.53	0.478
อาชีพ						
เกษตร (ทำสวน)	1.000	Reference	1.000	Reference		
รับราชการ	10.875	1.84 - 64.43	0.009	14.538	2.25 - 93.78	0.005*
ว่างงาน	0.386	0.10 - 1.47	0.162	0.905	0.20 - 4.14	0.898
รับจ้าง	3.031	0.82 - 11.25	0.097	2.748	0.65 - 11.67	0.171
ค้าขาย	0.857	0.22 - 3.41	0.827	1.503	0.29 - 7.87	0.630
ประมง	2.437	0.54 - 10.96	0.245	3.397	0.66 - 17.42	0.143
ทำนา	0.500	0.04 - 7.00	0.607	0.761	0.04 - 15.85	0.860
พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวด						
การควบคุมน้ำหนัก						
ไม่ปฏิบัติ	1.000	Reference	1.000	Reference		
ปฏิบัติ	1.174	0.59 - 2.35	0.650	0.756	0.33 - 1.73	0.508
การบริหารข้อเข่าด้วยตนเอง						
ไม่ปฏิบัติ	1.000	Reference	1.000	Reference		
ปฏิบัติ	3.429	1.39 - 8.43	0.007	2.518	0.71 - 8.96	0.154
การรักษาแพทย์แผนไทย						
ไม่ปฏิบัติ	1.000	Reference	1.000	Reference		
ปฏิบัติ	1.981	0.94 - 4.19	0.074	1.465	0.59 - 3.65	0.412
การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง						
ไม่ปฏิบัติ	1.000	Reference	1.000	Reference		
ปฏิบัติ	0.367	0.09 - 1.59	0.180	0.612	0.12 - 3.08	0.551
การรับประทานยา						
ไม่ปฏิบัติ	1.000	Reference	1.000	Reference		
ปฏิบัติ	0.062	0.01 - 0.71	0.025	0.084	0.00 - 2.61	0.158

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุ อาชีพ การบริหารข้อเข่าด้วยตนเอง และการรับประทานยา และปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเข่าร่วมกับอาการอื่นๆ คือปวดเข่าร่วมกับมีอาการข้อขัด เดินได้ไม่มั่นคงและเข่าบวม ปวดเข่าร้าวไปขาหรือปวดถึงใต้น่อง ได้แก่ อายุ อาชีพ

อายุมีความสัมพันธ์กับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและเป็นปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเข่าร่วมกับอาการอื่นๆ เนื่องจาก โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสารที่อยู่ในกระดูกอ่อนผิวข้อและการทำงานของเซลล์กระดูกอ่อน กระดูกจะเสียดสีกับกระดูก อาการปวดข้อเข่าจึงเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดควบคู่ไปกับกระบวนการสูงอายุที่เพิ่มขึ้น[15] ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับอาการปวดข้อเข่า สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุในอำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุตอนกลางมีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าเป็น 1.26 เท่าของผู้สูงอายุตอนตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลายมีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าเป็น 3.13 เท่าของผู้สูงอายุตอนตอนต้น[16] และการศึกษาผลกระทบของอาการปวดเรื้อรัง อาการตึง และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม ประเทศโปแลนด์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดในการทำงานของข้อเข่า ระดับความเจ็บปวด ความฝืด และระดับความบกพร่องของการทำงาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ[17]

อาชีพมีความสัมพันธ์กับกับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและเป็นปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเข่าร่วมกับอาการอื่นๆ อธิบายได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการปวดเข่าเวลามีการเคลื่อนไหว เช่น เดิน ขึ้นลงบันได นั่งพับเข่า และอาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดพัก หรือมีอาการปวดเข่าร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัดโดยเฉพาะหยุดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน มีเสียงดังในข้อเวลาขยับ จนไปถึงอาการในระยะรุนแรงระดับการปวดมากขึ้น คลำส่วนกระดูกงอกได้ มีอาการเสียวที่ลูกสะบ้าเวลางอเหยียดเข่า หรือมีอาการอักเสบบวม แดง ร้อน จนทำให้ไม่สามารถงอหรือเหยียดสุดได้ และมีข้อเข่าผิดรูป เข่าโก่ง[18] สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์สำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา พบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านการใช้ท่าทางในแต่ละขั้นตอนการทำงานสัมพันธ์กับการเพิ่มความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม[19] การนั่งยองขณะกรีดยางหน้าต่ำ การยกหรือหิ้วถังน้ำยางที่หนัก และการพับขาหรือนั่งงอเข่าขณะลับมีดกรีดยาง เป็นต้น[20]

อย่างไรก็ตามน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้[21] (Protective Factors) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25.00 จำนวน 194 คน (ร้อยละ 60.81) โดยภาวะอ้วนจะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง[22] และจากกลศาสตร์การรับน้ำหนักของข้อเข่าขณะเดิน พบว่าแรงที่กระทำต่อข้อเข่าระหว่างเดินจะอยู่ในช่วงประมาณ 3-7 เท่าของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม จะเพิ่มแรงที่กระทำต่อข้อเข่า 1-1.5 กิโลกรัม น้ำหนักตัวมากจะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม[23]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ด้านการพยาบาล ควรส่งเสริมด้านการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง[24] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อชะลอการดำเนินของโรค ส่งเสริมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งความสามารถในอาชีพการทำงาน

ด้านวิชาการ ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความปวดและเพิ่มกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อเกิดเป้าหมายการพัฒนาความยั่งยืนด้านสุขภาพ (Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความปวดและเพิ่มกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มาในการติดตามผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือนและ 12 เดือน

References

1. Bahar E, Shamarina D, Sergerie Y, & Mukherjee P. Descriptive overview of pertussis epidemiology among older adults in Europe during 2010-2020. Infectious Diseases and Therapy Ther. 2022;11(5):1821-38.
2. Thongjan R, Junrith K, & Thanawat T. The predictive factors of osteoarthritis risk among the elderly people in Ngewngam Queen Sirikit Health Center. Academic Journal of Community Public Health. 2022; 7(2):118-28. (in Thai)
3. Bunsanong T, & Chaimongkol N. A self-management support intervention on knee functional status and health-related quality of life among middle age women a randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing. 2021;77(1):376-86.
4. Chapman K, & Valdes AM. Genetic factors in OA pathogenesis. Bone. 2012;51(2):258-64.
5. Ji S, Liu L, Li J, Zhao G, Cai Y, Dong Y, & Wang J, Wu S. Prevalence and factors associated with knee osteoarthritis among middle-aged and elderly individuals in rural Tianjin: a population-based cross-sectional study. Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 2023;18(1):1-8.
6. Hounsri K, & Isaramalai S. Development of an ergonomic self-care program for old-aged rubber tappers suffering from knee osteoarthritis. Thai Journal of Nursing Council. 2015; 30(2):101-12. (in Thai)
7. ONeill TW, & Felson DT. Mechanisms of osteoarthritis (OA) pain. Current osteoporosis reports. 2018;16(5):611-16.
8. Jang S, Lee K, & Ju JH. Recent updates of diagnosis, pathophysiology and treatment on osteoarthritis of the knee. International journal of molecular sciences. 2021;22(5): 2619-25.
9. Bindu S, Mazumder S, & Bandyopadhyay U. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and organ damage: A current perspective. Biochem Pharmacol. 2020;180(1):114-47.
10. Kroon FPB, Carmona L, Schoones JW, & Kloppenburg M. Efficacy and safety of non-pharmacological, pharmacological and surgical treatment for hand osteoarthritis: a systematic literature review informing the 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. RMD open Journal. 2018;4(2):734-40.
11. Deyle GD, Allen CS, Allison SC, Gill NW, Hando BR, Petersen EJ, Dusenberry DI, & Rhon DI. Physical therapy versus glucocorticoid injection for osteoarthritis of the knee. New England Journal of Medicine. 2020;382(15):1420-9.
12. Bunsanong T. Chaimongkol N. & Deoisres W. A pilot study of a self-management support intervention in middle-aged women with knee osteoarthritis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1):331-9. (in Thai)
13. Zeng CY, Zhang ZR, Tang ZM, & Hua FZ. Benefits and mechanisms of exercise training for knee osteoarthritis. Frontiers in physiology. 2021.
14. Geng R, Li J, Yu C, Zhang C, Chen F, Chen J, Ni H, Wang J, Kang K, Wei Z, Xu Y, & Jin T. Knee osteoarthritis: Current status and research progress in treatment (Review). Experimental and Therapeutic Medicine. 2023;26(4):1-11.

15. Long H, Liu Q, Yin H, Wang K, Diao N, Zhang Y, Lin J, & Guo A. prevalence trends of site-specific osteoarthritis from 1990 to 2019: findings from the global burden of disease study 2019. Arthritis Rheumatol. 2022; 74(7):1172-83.
16. Mingmai K, & Insri C. Factor associate to severity of knee pain among older people in Phak Hai, Pha Nakhon Si Ayutthaya province. VRU Research and Development Journal Science and Technology. 2018;12(3):91-104. (in Thai)
17. Wojcieszek A, Kurowska A, Majda A, Liszka H, & Gadek A. The impact of chronic pain, stiffness and difficulties in performing daily activities on the quality of life of older patients with knee osteoarthritis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(24):168-15.
18. Madry H, Luyten FP, & Facchini A. Biological aspects of early osteoarthritis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2012;20(3):407-22.
19. Teerachitkul J. Management of muscular aches and pains in old-age rubber tappers. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2012. (in Thai)
20. Nilkanuwong S. Osteoarthritis. In Asavatanabodee P, Kitumnuapong T, Kulwisut A, Cheochan-wisawakit P, editors. Essentials in Clinical Rheumatology. 1st ed. Bangkok: Print City. 2012.
21. Tantapong U, Nimit-arnun N, & Roojanavech S. The Selected Factors Affecting to Health-Preven-tive Behaviors of Primary Knee Osteoarthritis among Teachers in Nakhon Pathom Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2):316-26. (in Thai).
22. Saetew P, & Waichompu N. Success with Three Main Concepts. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2):9-16. (in Thai).
23. Zheng H, & Chen C. Body mass index and risk of knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of prospective studies. British Medical Journal. 2015;5(12):68-75.
24. Choojaturo S, Sindhu S, Utriyaprasit K, & Viwatwongkasem C. Factors associated with access to health services and quality of life in knee osteoarthritis patients: a multilevel cross-sectional study. BioMed Central Services Research. 2019;19(1): 68-78.

แนวปฏิบัติที่ดีของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ: มุมมองของผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสาน อ.พนัสนิคม

Best Practice of Healthy Aging: The Perspective of the Elderly who Possess Folk Handicraft Wisdom in Phanat Nikhom Community

จุฑามาศ แหนจอน* วรากร ทรัพยวิระปกรณ์[1] เกศรา น้อยมานพ[1] ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์[2]
Juthamas Haenjohn*[1] Warakorn Supwirapakorn[1] Ketsara Noimanop[1] Tanida Julvanichpong[2]
[1]คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131
[1]Faculty of Education, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131
[2]คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131
[2]Faculty of Sport Science, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสานที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชุมชนจักสาน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี มีการบริหารจัดการของสมองปกติและมีคุณลักษณะของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อายุ 55-75 ปี จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลเบื้องต้น และแนวคำถามเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า การปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วยการมีสุขภาพแข็งแรง สมองดี สุขภาพจิตดี สัมพันธภาพดี และมีความมั่นคงทางการเงิน รวมทั้งควรเตรียมตัวตั้งแต่ช่วงอายุ 40 ปี

คำสำคัญ: การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ, การบริหารจัดการของสมอง, หัตถกรรมพื้นบ้านจักสาน

Abstract

The objective of this research was to extract lessons from the best practice of healthy elderly individuals who acquired folk handicraft wisdom. The participants were 10 elderly aged between 55 – 75 years old who acquired basketwork handicraft wisdom and had normal executive functions. Research instrument included group discussion questions, which included basic information and best practices of being healthy aging in Eastern Economic Corridor. The data from group discussion was analyzed with the content analysis. The results indicated that the best practices of healthy ageing consist of having good health, brain health, mental health, good relationships, and financial stability. Additionally, being healthy ageing should be starting with the age of 40.

Keywords: The best practice, Aging, Folk Handicraft, Eastern Economic Corridor

Corresponding Author*: juthamas@go.buu.ac.th

วันที่รับ (Received) 26 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 20 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 5 ธ.ค. 2567

บทนำ

แผนพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG) ของสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (UN) ได้เพิ่มกลยุทธ์สำคัญโดยการประกาศให้ปี พ.ศ. 2564 ถึงปี พ.ศ. 2573 เป็นทศวรรษแห่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เพื่อให้ทันต่อสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2593 ประชากรที่มีอายุ 60 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าหรือประมาณ 2.1 พันล้านคน[1] ส่วนประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-69 ปี มีประมาณ 6.8 ล้านคน[2] การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Ageing) จึงเป็นเป้าหมายของพฤตพลังผู้สูงอายุ (Active aging) ที่มีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันและความมั่นคง (Security)[3] ส่วนผู้สูงอายุไทยเพิ่มมาอีก 1 ด้าน คือ ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพฤฒพลัง[4]

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy ageing) หรือผู้สูงอายุสุขภาพดี หมายถึงกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) ที่ก่อให้เกิดความผาสุก (Well-being) ในช่วงวัย ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ หมายถึง การมีความสามารถ (Capabilities) ที่สนับสนุนให้บุคคลเป็น (To be) และปฏิบัติ (To do) โดยใช้ความสามารถด้านต่าง ๆ 1) ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของผู้สูงวัย (Basic needs) 2) การเรียนรู้ การพัฒนาและการตัดสินใจ (Learn, grow and make decisions) 3) มีพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ (Be mobile) 4) สร้างและรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Build and maintain relationships) และ 5) ให้/ตอบแทนชุมชน/สังคม (Contribute to society)[5] ส่วนประเทศไทย นิยาม

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ หมายถึง การเป็นผู้สูงอายุที่ปราศจากโรค และการมีความสามารถในการใช้ร่างกาย สรีรวิทยา จิตใจ และสังคมซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราให้ทำงานได้อย่างเหมาะสม กล่าวโดยสรุป คือผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดำรงชีวิตตามปกติ สามารถสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนและสังคม[3] โดยประเมินจาก 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2) การมีสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ (ปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ฯลฯ และสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล (ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) 3) สมรรถภาพสมองและการทำงานของร่างกาย (Cognitive and functional capacities) และ 4) โรคและความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบและเป็นภาระ การพัฒนาให้ผู้สูงอายุรุ่นใหม่หรือการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่พร้อมต่อการดูแลตนเองทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยลงตามการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ[6] ทั้งสมรรถนะร่างกายและสมอง

อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสานเป็นต้นแบบที่ดีของผู้อายุรุ่นใหม่ที่มีศักยภาพและสามารถพึ่งพาตนเองได้ จากการเป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านหัตถกรรมพื้นบ้านแบบจักสานที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวัฒนธรรมและสังคม ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้มีความภาคภูมิใจรวมทั้งมีความผาสุกทางใจและดัชนีชี้วัดความสุขในระดับปานกลางถึงสูง7 ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยการประเมินจาก 1) สุขภาพร่างกายที่แข็งแรง 2) แนวโน้มกระบวนการทำงานของสมองที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการทำจักสานช่วยให้มีสติ มีความจำที่แม่นตรง ได้ฝึกความจำจากการจดจำลายต่าง ๆ 3) ความสุข อารมณ์ดี ความคิดคล่องแคล่ว และ 4) เงินเลี้ยงตนเองและดูแลครอบครัวได้[7]

ดังนั้นศึกษาแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการเป็นผู้สูงอายุที่มีความภาคภูมิใจในฐานะที่เป็นผู้สูงอายุท้องถิ่นเป็นผู้สูงอายุแบบเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ และการเป็นผู้มีศักยภาพของสมองที่ประเมินด้วยการบริหารจัดการของสมอง (Executive functions) ซึ่งเป็นกระบวนการรู้คิดขั้นสูงของสมอง รวมทั้งถอดบทเรียนและสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดี จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อนำมาเป็นต้นแบบในการสร้างรูปแบบ/โปรแกรม “ผู้ใหญ่สุขภาพดีสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ” ที่สามารถนำไปเป็นโมเดลต้นแบบของการพัฒนาผู้สูงอายุรุ่นใหม่หรือเตรียมความพร้อมให้กับวัยทำงานเพื่อเข้าสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะหรือเป็นผู้สูงอายุแบบเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้และนำภูมิปัญญามาปรับใช้และต่อยอดในการพัฒนาสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรม

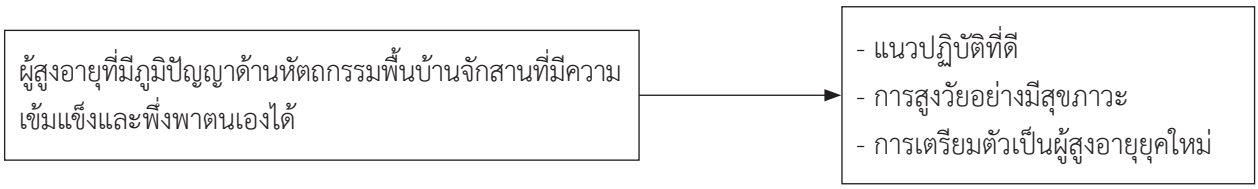
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ของผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสานที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดีของผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสานที่มีความ

เข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ในครั้งนี้ เป็นการมุ่งศึกษาเพื่อค้นหากลไกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy aging) ได้แก่ กระบวนการพัฒนาและ คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งก่อให้เกิดความผาสุกในช่วงวัย โดยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ หมายถึง การมีความสามารถที่สนับสนุนให้บุคคลเป็น และปฏิบัติ โดยใช้ความสามารถในการ 1) ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ 2) การเรียนรู้ การพัฒนาและการตัดสินใจ 3) มีพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ 4) สร้างและรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และ 5) ให้/ ตอบแทนชุมชน/ สังคม ตลอดจนการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุยุคใหม่



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะของการเป็นผู้แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ จำนวน 10 คน ทั้งนี้การเลือกผู้ให้ข้อมูลตามหลักการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม ขนาดของกลุ่มควรมีจำนวน 7-8 คน ซึ่งเป็นขนาดของกลุ่มที่สามารถอภิปรายตอบโต้กันได้ดีที่สุด เป็นขนาดของกลุ่มที่ช่วยทำให้การสนทนาที่มีลักษณะเปิดกว้างเหมาะสมในการจัดประเด็นซักถาม[8,9] ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความยินยอมและความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 55-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจักสาน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี 2) ได้รับการยืนยันจากผู้นำชุมชนว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสาน 3) เป็นผู้มีคุณลักษณะของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะประกอบด้วย 1) ไม่มีโรคประจำตัวที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง ฯลฯ 2) มีศักยภาพในการดำรงชีวิตตามปกติ และ 3) เป็นสมาชิกชุมชน/ ชุมนุม ที่แสดงถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม และ 4) มีคะแนนจากแบบประเมิน MoCA[10] ฉบับภาษาไทย 8.3[11] มากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้จนครบการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่เป็นผู้มีคุณลักษณะของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ชุมชนละ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 10 คน และยินดีเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยแนะนำตัวพร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บข้อมูลกรอบการศึกษา และขอศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผ่านการสนทนากลุ่ม ณ ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรีในลักษณะภายใต้การควบคุมหลักการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทั้งนี้ในการสนทนากลุ่มได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียงและภาพ ซึ่งผู้วิจัยสรุปและสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีโดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเรียบร้อย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2566 เลขที่ IRB2-052/2566

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ เพศ อายุ และส่วนที่ 2 เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ของผู้สูงอายุยุคใหม่ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก โดยแนวคำถามการสนทนา

กลุ่มผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ (IOC = 1) ข้อคำถามประกอบด้วย

1) ท่านคิดว่าลักษณะของผู้สูงอายุยุคใหม่ควรเป็นอย่างไร

2) ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ ต้อง “สุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพจิตดี มีความมั่นคง มีส่วนร่วมทางสังคมและใช้เทคโนโลยีเป็น” และอย่างไร

3) ท่านคิดว่าท่านเป็นผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้หรือไม่ เพราะเหตุใด

4) ท่านคิดว่าผู้สูงอายุยุคใหม่ ควรมีรูปแบบการดำเนินชีวิตในช่วงวัยก่อนหน้านี้อย่างไร

5) ท่านคิดว่าหากจะเป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ ควรเริ่มต้นเตรียมตัวตั้งแต่เมื่อใด และเตรียมตัวอย่างไร

6) ท่านคิดว่าโปรแกรมหรือชุดความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ ควรมีลักษณะเป็นอย่างไร

2. อุปกรณ์บันทึกข้อมูล

1) เครื่องบันทึกเสียง สำหรับบันทึกข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและนำมาถอดความตามเนื้อหา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกงานภาคสนาม

2) โทรศัพท์มือถือรุ่นสมาร์ทโฟน สำหรับการปรึกษา พูดคุย ติดต่อสื่อสารต่อเนื่องเพิ่มเติมหลังการพูดคุยครั้งแรก

3) ผู้วิจัยได้เตรียมตัวด้านเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ และศึกษาแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมประเด็นมากที่สุด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสานที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเอง จำนวน 10 คน (เพศหญิง 10 คน) อายุเฉลี่ย 62.7 ปี สถานะสมรสมากที่สุด จำนวน 4 คน รองลงมา ได้แก่ หม้าย จำนวน 3 คน โสด จำนวน 2 คน และหย่าร้าง จำนวน 1 คน ประสบการณ์ทำจักสานมากที่สุด ได้แก่ มากกว่า 20 ปี จำนวน 7 คน 1-5 ปี จำนวน 2 คน และ 16-20 ปี จำนวน 1 คน จำนวนรายได้เสริมจากการทำจักสาน ตั้งแต่ 3,000-12,000 บาท เฉลี่ย 4,100 บาท/เดือน ผลการทดสอบสมองจากมาตรวัด MoCA ฉบับภาษาไทย 8.311 เฉลี่ย 26.2 และมีคุณลักษณะของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

2. ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีของผู้สูงอายุยุคใหม่เกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ หรือสุขภาวะสูงวัย การยืนยันตนในการเป็นผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ รูปแบบการดำเนินชีวิตในช่วงวัยก่อนหน้าเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ ระยะเวลาและวิธีการในการเริ่มต้นเตรียมตัวให้เป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ และลักษณะของโปรแกรมหรือชุดความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งจำแนกสาระสำคัญได้ 5 ประเด็น ดังนี้

1. ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ หรือผู้สูงอายุยุคใหม่ ควรมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถเป็นที่พึ่งให้กับลูกหลานได้ มีสุขภาพจิตที่ดีและมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมรอบข้าง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ออกกำลังกายด้วยการเต้น ประมาณ 45 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ เริ่มออกมาประมาณ 4-5 ปี อาหารที่รับประทานเป็นอาหารประเภทผัก ไข่ ปลา ประเภทต้ม ตุ๋น ลดเค็ม เผ็ด กินก๋วยเตี๋ยวก็ไม่ปรุงเพิ่ม” (E4) “รับประทานอาหารเน้นผัก เช่น น้ำพริก ผักนึ่ง ปลา ไม่ทานตอนเย็น ประมาณ 20 ปีแล้ว หลีกเลี่ยงแป้ง ออกกำลังกาย 30-60 นาทีต่อวัน เวลา 5 โมงเย็น โดยการปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก” (E1) “มีจิตใจที่เปิดกว้าง เข้าสังคมบ้าง สามารถยิ้ม ทักทายผู้คน” (E5)

จากผลการสนทนากลุ่มดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสุขภาพ ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ จึงได้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในหลากหลายรูปแบบ ทั้งการปั่นจักรยาน การเต้นแอโรบิก การกวาดลานวัด และการแกว่งแขน ส่วนการรับประทานอาหารผู้สูงอายุก็ให้ความสำคัญ โดยเลือกรับประทานเน้นการทานผักที่หลากหลายชนิด ซึ่งเป็นอาหารที่ใช้การต้ม การนึ่ง ทานปลาเป็นโปรตีนหลัก หลีกเลี่ยงสารเสพติด ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ สำหรับด้านสังคม มีการเข้าสังคมโดยการยิ้มทักทายบุคคลทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ ต้องมีส่วนร่วมทางสังคมและใช้เทคโนโลยีเป็น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ป้าทำจักสานมานาน มากกว่า 20 ปี ถนัดงานสานตระกร้า ได้รับเชิญเป็นวิทยากรสอนเด็ก *ๆ ในโรงเรียน ถ้าไม่*

สอน ป้าก็สานทุกวัน ๆ กลางวันก็ 6 ชั่วโมง กลางคืนอีก 1 ชั่วโมง ทำตรงนี้ช่วยให้มีรายได้ ดูแลตัวเอง รายได้เดือนนึงก็สี่ถึงห้าพัน" (E5) "เราเป็นผู้สูงอายุ ต้องเข้าใจคนที่เด็กกว่า ต้องดูแลเขาเป็น และก็ต้องดูแลคนที่สูงอายุกว่าด้วย ดูแลไปพร้อม ๆ กัน ต้องมีจิตใจที่มุ่งมั่นและเข้มแข็ง มีจิตสาธารณะ เป็นตัวอย่างที่ดีให้สังคมและบุคคลทั่วไป" (E10) "เข้ากูเกิ้ลค้นหาข้อมูลให้หลาน บางทีก็ค้นเวลาอยากรู้ว่าทำอาหารยังไง เข้าไปดูทำอาหาร ก็อยากรู้อะไร เราก็เข้าไปค้นดู" (E9) "โอนเงิน ใช้แอปฯ เป๋าตังค์ ก็ต้องทำเป็นนะ" (E3) "ต้องรู้เท่าทัน ไม่กดอะไรมั่ว พวกคอลเซ็นเตอร์ คนแก่โดนหลอกเยอะ เราต้องระวัง ต้องใช้ให้เป็น จะได้ช่วยเหลือตนเองได้" (E8)

จากผลการสนทนากลุ่มดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความสนใจต่อบุคคลรอบข้าง โดยเข้าใจบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า ในขณะเดียวกันก็ดูแลผู้ที่มีอายุมากกว่าด้วย ซึ่งผู้สูงอายุมีมุมมองว่า ผู้สูงอายุต้องมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีจิตสาธารณะ ทำประโยชน์เพื่อสังคม เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับสังคม

3. ผู้สูงอายุยุคใหม่ ควรมีรูปแบบการดำเนินชีวิตในช่วงวัยก่อนสูงอายุ ต้องมีการศึกษาหาความรู้ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต เพื่อที่จะรับผิดชอบตัวเองได้ รวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารการเงิน ดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตควบคู่กันไป ดังคำกล่าวที่ว่า

"ต้องเรียนรู้ ศึกษาหาความรู้ รับผิดชอบตัวเองได้ รับผิดชอบครอบครัวและคนอื่นด้วย จะรู้จักจัดการตัวเอง จัดการรายรับ รายจ่ายของตนเองได้เอง ควบคู่กันไปกับการรักษาสุขภาพตนเอง สุขภาพเป็นหลัก ต้องศึกษาหาความรู้ใหม่ ๆ" (E10) "สวดมนต์ทุกวันพระ ทำกิจกรรมทางศาสนา ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมอาสา บางทีก็เก็บขยะตามถนนในหมู่บ้าน มีเพื่อน วางแผนการเงิน รู้จักปล่อยวาง" (E4)

จากผลการสนทนากลุ่มดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุคิดว่า ผู้สูงอายุยุคใหม่ควรมีการเตรียมตัวในเรื่องการหาความรู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ทั้งการดูแลสุขภาพร่างกาย การดูแลสุขภาพจิต การจัดการอารมณ์ การทำกิจกรรมทางศาสนา และต้องมีความรู้ในการบริหารจัดการด้านการเงิน

4. ผู้สูงอายุยุคใหม่ ควรเริ่มต้นเตรียมตัวตั้งแต่อายุ 40 ปีเป็นต้นไป และต้องมีการเตรียมตัวในด้านการบริหารการเงิน การดูแลรักษาสุขภาพ และการรู้เท่าทันเทคโนโลยี ดังคำกล่าวที่ว่า

"เตรียมตัวตั้งแต่อายุ 40 ปี อย่าเครียดมาก อย่าทำงานหนักมาก พักผ่อนให้เพียงพอ ต้องมีเงินเก็บไว้ ถ้าไม่มีครอบครัว เราต้องมีเงิน เก็บเงินเอาไว้ใช้ หาความรู้เพื่อหาเลี้ยงชีพ" (E9) "สมัยนี้ใครก็ต้องใช้เทคโนโลยีเป็น มือถือจะเอาแต่รับ-โทร ไม่ได้ ตอนนี้ก็เพิ่งซื้อสมาร์ทโฟนมาลองใช้ ใช้ไม่เป็นก็ต้องให้ลูกหลานสอน จะได้ไม่ถูกหลอกเหมือนในข่าว" (E8)

จากผลการสนทนากลุ่มดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในมุมมองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยุคใหม่ควรเตรียมตัวตั้งแต่อายุ 40 ปีเป็นต้นไป รู้จักการเก็บออม การดูแลสุขภาพ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด และรู้เท่าทันเทคโนโลยี เพื่อทำให้ชีวิตมีความมั่งคง

5. โปรแกรมหรือชุดความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ ต้องมีข้อมูลการดูแลสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจและการบริหารการเงิน ดังที่ปรากฏจากการสนทนากลุ่ม

"ควรเริ่มที่อายุ 40 ปี สุขภาพแข็งแรงเป็นอันดับแรก ทำใจให้สบาย เตรียมเงิน เตรียมร่างกาย เตรียมใจ เตรียมความพร้อม" (E4) "เงินเป็นหลัก ถ้าไม่มีเงินจะเครียด มีสังคมทำกิจกรรมกับเพื่อน สมองจะได้ปลอดโปร่ง พยายามใช้เทคโนโลยี คอยถามคนรุ่นใหม่" (E9) "สุขภาพจิตดี ร่าเริง ไม่เครียด ปราศจากโรคหรือมีโรคน้อย ครอบครัวมีความสุข" (E6)

จากผลการสนทนากลุ่มดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในมุมมองของผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่า ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจและการบริหารการเงิน ฉะนั้นโปรแกรมหรือชุดความรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ ควรจะบรรจุข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับการเงิน ซึ่งสามารถให้ความรู้ได้หลากหลายช่องทาง ทั้งแผ่นพับ การให้ความรู้เป็นกลุ่ม การให้ข้อมูลทางไลน์ เป็นต้น เพื่อผู้สูงอายุยุคใหม่จะมีความเข้มแข็งและสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้

การอภิปรายผลการวิจัย

1. แนวทางการปฏิบัติตนของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุชาวบ้านด้านหัตถกรรมจักสาน บ่งชี้ว่า ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ ควรมี สุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง

ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับการทำงานของร่างกาย และงดหรือรับประทานเล็กน้อยในมื้อเย็น การนอนหลับให้สนิทด้วยตนเอง

การออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เต้น เดิน ฯลฯ กิจกรรมจิตอาสา และการทำจักสานทำให้เกิดรายได้และการพึ่งพาตนเองได้ในวัยสูงอายุ ดังที่อนามัยโลก[5] สรุปว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ คือ การมีความสามารถในการ 1) ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของผู้สูงวัย 2) การเรียนรู้ การพัฒนาและการตัดสินใจ 3) มีพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ 4) สร้างและรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (และ 5) ให้/ ตอบแทนชุมชน/ สังคม[5] สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติได้กำหนดดัชนีพฤฒพลังของผู้สูงอายุไทย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคง และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพฤฒพลัง[4] สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแลซึ่งกันและกันโดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ

รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพ (Healthy lifestyle) ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การดูแลสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม การตรวจและคัดกรองสุขภาพเป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่ และป้องกันการผลัดตกหกล้ม ช่วยส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ[12] การมีส่วนร่วมทางสังคม ทั้งประเภทกิจกรรมในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ประเภทงานอดิเรก เช่น การร้องเพลง การเรียนรู้ตลอดชีวิต และประเภทอาสาสมัคร เช่น กิจกรรมบริการชุมชน กิจกรรมการสอนต่าง ๆ ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมบ่อย จะยิ่งส่งเสริมให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ[13]

2. สามารถเป็นที่พึ่งให้กับลูกหลานได้ มีสุขภาพจิตที่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมรอบข้างและมีส่วนร่วมทางสังคมและใช้เทคโนโลยีเป็น

รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ คือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นสุขภาวะของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ[14] และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการรับรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ[15]

3. รูปแบบการดำเนินชีวิตในช่วงวัยก่อนสูงอายุต้องมีการศึกษาหาความรู้ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต เพื่อที่จะรับผิดชอบตัวเองได้ รวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารการเงิน ดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตควบคู่กันไป

การผู้ดูแลผู้สูงอายุควรตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกเพื่อส่งเสริมสุขภาวะและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดให้กับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี[16] และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าแนวทางในการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) การหมั่นดูแลสุขภาพกายของตนเอง 2) การวางแผนทางการเงินตั้งแต่วัยทำงาน และออมเงินไว้ใช้ในยามแก่ชรา 3) ครอบครัวและชุมชนควรให้ความเข้าอกเข้าใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุ และ 4) การมีระบบบริการสาธารณะที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ[17] ซึ่งเป็นเป้าหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก[3] ในมิติด้านสุขภาพ คือผู้สูงอายุต้องรับรู้และตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดตามศักยภาพ

4. ผู้สูงอายุยุคใหม่ ควรเริ่มต้นเตรียมตัวตั้งแต่อายุ 40 ปีเป็นต้นไป และต้องมีการเตรียมตัวในด้านการบริหารการเงิน การดูแลรักษาสุขภาพ และการรู้เท่าทันเทคโนโลยี

ผู้สูงอายุยุคใหม่ ควรเริ่มต้นเตรียมตัวตั้งแต่อายุ 40 ปีเป็นต้นไป และต้องมีการเตรียมตัวในด้านการบริหารการเงิน การดูแลรักษาสุขภาพ และการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุวางแผนการออมเพื่อให้ตนเองสามารถใช้ชีวิตบั้นปลายได้อย่างมีความสุข ไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน และการออมเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ สิ่งสำคัญคือการมีวินัย การยอมรับความเสี่ยงควรออมในสถาบันการเงินที่เชื่อถือ ปลอดภัยและมั่นคง[18] นอกจากนี้ยังพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนด้านอายุมีความสัมพันธ์ไปในทิศทาง

ผกผันกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ[19] และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในเรื่องสื่อดิจิทัลกับครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุจะสามารถเข้าถึงสื่อชนิดต่าง ๆ หากผู้สูงอายุที่มีการเปิดรับสารสนเทศด้วยความถี่มากจะมีความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลมากตามไปด้วย[20]

5. โปรแกรมหรือชุดความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ที่มีสุขภาวะที่ดี ต้องมีข้อมูลการดูแลสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจและการบริหารการเงิน

โปรแกรมหรือชุดความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ที่มีสุขภาวะที่ดี ต้องมีข้อมูลการดูแลสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจและการบริหารการเงินสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผล ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน[21] อีกทั้งสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง[22] และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมและอายุ[23] รวมถึงรายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง[24]

สรุปได้ว่า แนวทางการปฏิบัติตนของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุชาวบ้านด้านหัตถกรรมจักสาน ประกอบด้วยสุขภาพแข็งแรง สมองดี สุขภาพจิตดี สัมพันธภาพดี และมีความมั่นคงทางการเงิน และควรเตรียมตัวตั้งแต่ช่วงอายุ 40 ปี สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020)[1]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1.1 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดีควรเตรียมตัวตั้งแต่เนิ่น ๆ เช่น ตั้งแต่อายุ 40 ปีดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรมีส่งการเสริมตั้งแต่ช่วงวัยทำงานขึ้นไป เพื่อให้เป็นผู้สูงที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองในอนาคต

1.2 ควรนำผลการวิจัยที่ได้ นำเสนอให้ผู้นำชุมชนได้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดี และกำหนดเป็นแผนงาน/ แนวนโยบาย ที่ส่งเสริมสุขภาวะในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมหรือชุดความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้สูงอายุยุคใหม่ ตามข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรมพื้นบ้านจักสาน ทั้งนี้เพื่อเกิดการพัฒนาโปรแกรมฯ ที่เป็นรูปธรรม และสามารถนำไปใช้ส่งเสริมในกลุ่มชนรุ่นหลังต่อไป

2.2 ควรศึกษาข้อมูลในลักษณะเดียวกันในชุมชนใกล้เคียงโดยรอบ เพื่อตรวจสอบคุณลักษณะการปฏิบัติตัวที่ดี ในเชิงเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถเชื่อมต่อการส่งเสริมสุขภาพในหลายมิติ

2.3 ควรศึกษาเสียงสะท้อนจากคนรอบข้าง เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยหรือองค์ประกอบแวดล้อมที่ส่งเสริมสนับสนุนการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดี

References

1. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. National Statistical Office. The situation of Thai Elderly 2021: Area Disparity. Bangkok: National Statistical Office; 2021. (in Thai)
3. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. National Statistical Office. Active Ageing Index of Thai Elderly. Bangkok: Text and journal publication company limited; 2017. (in Thai)
5. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015.

6. Dziechciaz M, & Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2014; 21(4):835-8.
7. Haenjohn J, Suwanlaong S, Suksawang P, Inchai P, Dallas J C, Toonsiri C, Julvanichpong T, Pongkittiwiboon S, & Noimanop K. Wisdom of folk handicraft for happiness and active aging society in eec. Journal of Education Burapha University. 2022; 33(2):14-29. (in Thai)
8. Sittitrai W, Sawangdee Y. Focus Group: A Qualitative Research Technique. 2nd ed. Qualitative Research Association of Thailand; Chulalongkorn University.1993. (in Thai)
9. Escalada M, & Heong KL. Focus group discussion. Research Gate Journal. 2014; 3:1-8.
10. Griffiths J, Thaikruea L, Wongpakaran N, & Munkhetvit P. Prevalence of mild cognitive impairment in rural Thai older people, associated risk factors and their cognitive characteristics. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra. 2020; 10(1):38-45.
11. Hemrungrojn S, Tangwongchai S, Charoenboon T, Panasawat M, Supasitthumrong T, Chaipresertsud P, Maleevach P, Likitjaroen Y, Phanthumchinda K, & Maes M. Use of the Montreal cognitive assessment Thai version to discriminate amnestic mild cognitive impairment from alzheimer's disease and healthy controls: machine learning results. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2021; 50(2):183-94.
12. Chalise HN. Basic concept of healthy aging. Journal of Patan Academy of Health Sciences. 2022; 9(3):85-8.
13. 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.
14. Sasuad K. Factors affecting the quality of life of the elderly in the eastern province. NRRU Community Research Journal. 2017; 11(2): 21-38. (in Thai)
15. Yu Y. Healthy ageing in urban China: governing the ageing population. Geographical Journal. 2020; 187(1):28–38.
16. Jangpho S. Development of a Health Care Model for Elderly by Community Participation, Ban Pho Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Journal of health research and development Nakhon Ratchasima provincial public health office. 2021;7(2):165-83. (in Thai)
17. Un-on P, & Chantaranamchoo N. Guideline for Happiness Development of the Elderly in Nakorn Pathom Province. Silpakorn Educational Research Journal;14(2):24-46. (in Thai)
18. Jadesadalug V, & Nuangplee T. Behavior and factor affecting saving of the elders In Muang district, Nonthaburi province. Veridian E-Journal, Silpakorn University;11(1):3061-74. (in Thai)
19. Turnbull N, Chada W, Chuppawa W, Seedaket S, Chanaboon S, Sangswai B, Chaichanwattana S, & Tangpratchayakun N. Health Status and Factors Associated with Self-Care among Older Adults. Nursing Journal of the Ministry of Public Health; 30(3):35-49. (in Thai)
20. Wuthirangsi A. Digital Literacy of Elderly. Interdisciplinary studies journal. 2021;21(1): 90-106. (in Thai)

21. Thanathiti T, & Chamroonsawasdi K. Development of Optimal Self-care Behavior of Seniors in a Senior Club, Bangtoey Sub-District, Sampran District, Nakhon Pathom Province. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2015;35(3):57-72. (in Thai)
22. Punpoem N, Haenjohn J, & Supwirapakorn W. Delay Dementia in The Elderly: A Working Memory Training Program Based on Acceptance and Commitment Therapy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):428-37. (in Thai)
23. Nopnarin W. Factors influencing the elderly retirement preparation behavior in Muang district, Phitsanulok province.(thesis). Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai)
24. Sinchaiwanichakul C, & Kespichayawattana J. Factors Related to Healthy Aging Among The Older Persons in Community-Dwelling of Bangkok Metropolitan. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19 (Supplement Issue 1):100-9. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก

Effects of Family Caregivers' Preparedness Program on Preventing Aspiration in Older Patients with Dysphagia

ศิริรัตน์ เหิมสุวรรณ* วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ
Sirirat Hermsuwan* Virapun Wirojratana Doungrut Wattanakitkrileart
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย 73170
Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand, 73170

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 21 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระยะเวลาของโปรแกรม 4 วัน แต่ละวันใช้เวลา 15-45 นาที รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของอาร์ชโบลและสจ๊วต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากสามารถเพิ่มความพร้อมในการดูแลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 5.79$, $p = .00$)

ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยควรส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะและเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลจากโรงพยาบาลต่อเนื่องไปยังบ้าน และเป็นการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะกลืนลำบาก, ผู้สูงอายุ, ญาติผู้ดูแล

Abstract

This study aimed to examine the effects of family caregivers' preparedness program on preventing aspiration in Thai older patients with dysphagia, a randomized control trial. The participants were family caregivers aged 20 years and above, male and female who take care of older patients are admitted in a private hospital in Bangkok. The participants were comprised of 42 family caregivers and randomly assigned to the two study group (n = 21 per group). There were 21 family caregivers in the control group who received routine nursing care and 21 family caregivers in the experimental groups who received routine nursing care and the preparedness program, 4-day program duration, 15-45 minutes each day. Data collection was performed by

*Corresponding Author: *E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th
ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัยและสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 5 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ 28 มิ.ย. 2566 (revised) วันที่ตอบรับ 8 ก.ค. 2566 (accepted)

using demographic questionnaires, and the Preparation for Caregiving form. Descriptive statistics and t-test were used to analyze the data.

The results showed that the family Caregivers' Preparedness Program on Preventing Aspiration in Older Patients with Dysphagia in the experimental group were significantly higher than those in the control group with statistical significance (t = 5.79, p = .00).

Since the patient has been admitted, nurses could encourage family to take part in caring to develop the competency and preparedness of caregivers from the hospital to home and to develop the role of nurses in caring for patients before discharge from the hospital to be more efficient.

Keywords: dysphagia, older patients, family caregivers

บทนำ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกายทำงานลดน้อยลง เป็นผลมาจากความเสื่อมโทรมตามกระบวนการสูงอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท สารสื่อประสาทและสรีรวิทยาเป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุด ซึ่งความเสื่อมโทรมด้านสมองดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา[1] โดยกระบวนการกลืนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อการกลืนในผู้สูงอายุลดลง[2] ซึ่งภาวะกลืนลำบากทำให้เพิ่มความเสี่ยงและมักเป็นสาเหตุนำไปสู่ปัญหาที่สำคัญ คือ ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักอาหารและน้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือต้องกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต[3]

แม้โรคระบบประสาทจะให้การรักษาที่จำเพาะเจาะจงแล้ว แต่ผู้ป่วยบางรายยังคงมีปัญหาความผิดปกติของการกลืนปรากฏอยู่[4] ซึ่งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การฟื้นฟูการกลืน โดยเฉพาะการปรับความหนืดของของเหลวและพื้นผิวของอาหารที่เป็นของแข็งเพื่อหลีกเลี่ยงการสำลัก[5] แต่วัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยจากกระบวนการชราตลอดเวลา ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลเพราะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านแทนบุคลากรทางสุขภาพ[6] หากญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล (Preparedness for Caregiving) จะช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้เร็วขึ้นลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การสำลักได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น[7]

ปัจจุบันผู้ป่วยมักถูกจำกัดให้อยู่โรงพยาบาลในระยะสั้น ๆ เวลาที่ใช้ในการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติการดูแล การประเมินความเข้าใจหรือความเชี่ยวชาญของญาติผู้ดูแลถูกจำกัดลง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลบางรายขาดความพร้อมด้านศักยภาพในการดูแล[8] ซึ่งการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลควรเริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 3.10 ของผู้ดูแลทั้งหมดเคยผ่านการอบรมจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับผู้ที่เคยอบรมแบบไม่เป็นทางการมีร้อยละ 4.30 และผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการอบรมมีสูงถึงร้อยละ 92.60[9]

จากการปฏิบัติการพยาบาลและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาท ทั้งด้านการดูแลและการฟื้นฟูการกลืน พบว่า การเตรียมความพร้อมส่วนใหญ่เป็นการเตรียมพร้อมของผู้ป่วย คือให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหาร น้ำและยาได้อย่างปลอดภัย ได้รับสารอาหารและน้ำได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก และการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลพบเพียงการให้คำแนะนำและข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการจัดการกับอาหารซึ่งไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะการกลืนลำบากและจำเป็นต้องมีญาติผู้ดูแลอาจมีความเสี่ยงต่อการสำลักได้ ขณะเดียวกันการเฝ้าระวังและการจัดการกับภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดการสำลักขณะอยู่โรงพยาบาลมักเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล แต่เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวการเตรียมความพร้อมในด้านนี้อย่างชัดเจน

กล่าวคือ ยังไม่มีการศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในแต่ละองค์ประกอบมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลที่เป็นรูปแบบสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล ผ่านกรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) ของอาร์ชโบลและสจ๊วต (1986) พร้อมทั้งมีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาเป็นช่องทางอำนวยความสะดวกในการนัดหมายเวลาและสถานที่ การส่งมอบสื่อการสอนให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนการดูแลซ้ำได้ด้วยตนเอง โดยญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีจะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการฟื้นฟูการกลืนที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

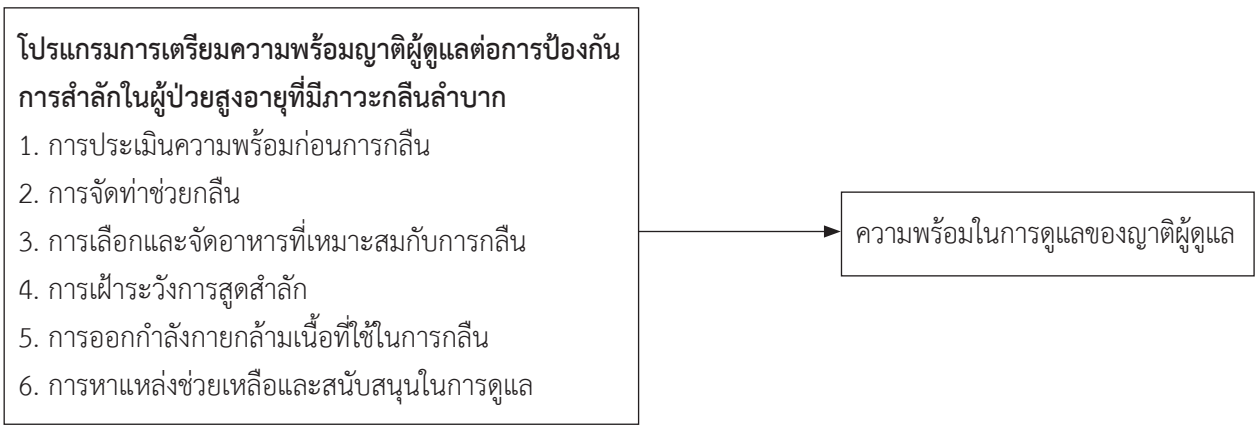
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม

คำถามการวิจัย

1. ความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมแตกต่างกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) ของอาร์ชโบลและสจ๊วต (1986) เป็นการสำรวจและการให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลที่จะมีอิทธิพลต่อบทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูการกลืน 6 กิจกรรม ดำเนินการสอนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) และการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ โดยตลอดการลงมือปฏิบัติหากปฏิบัติไม่ถูกต้องจะมีการสอนแนะเป็นระยะจนสามารถปฏิบัติได้ และมีการมอบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) ที่สอดคล้องกับการสอนส่งให้ญาติผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนการดูแลซ้ำได้ด้วยตนเอง การติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม โดยญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีจะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดีขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการฟื้นฟูการกลืนที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยตามแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1986)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Control Trial) ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มแบบง่าย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทำสุ่มหมายเลข 1-46 เตรียมไว้ ป้องกัน Selection Bias ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ซองสีน้ำตาลปิดผนึกบรรจุหมายเลขไว้ซองละ 1 หมายเลข ให้กลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกหยิบซอง ผู้วิจัยเปิดซองสีน้ำตาลปิดผนึกที่บรรจุหมายเลขไว้และจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาของ Mohammadi และคณะ[10] กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 และกำหนดระดับอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอกลุ่มละ 21 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 ในแต่ละกลุ่มเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนกลุ่มละ 23 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ 1) เป็นญาติและเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคระบบประสาท โดยผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินภาวะกลืนลำบากเบื้องต้นตามมาตรฐานการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยด้วยแบบประเมินการกลืนข้างเตียง Gugging Swallowing Screen (GUSS)[11] พบระดับความรุนแรงของภาวะกลืนลำบากระดับ 3 และ 4 คือ มีอาการกลืนลำบากเล็กน้อยโดยไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการสำลักน้อยที่สุดและแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้ 2) อายุ 20 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นเงินเดือนในการดูแล 3) ไม่เคยผ่านการอบรมจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก 4) ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้ กรณีญาติผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมินมินิ-ค็อก (Mini-Cog) ฉบับภาษาไทย และ 5) สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ดี และสามารถติดต่อสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่มีแอปพลิเคชันไลน์

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยในความดูแลไม่ยินยอมให้ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย

เกณฑ์การถอนตัว ได้แก่ ญาติผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง กรณีญาติผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผ่านการคัดกรองความบกพร่องด้านการรู้คิดผ่านแบบประเมินมินิ-ค็อก (Mini-Cog) ฉบับภาษาไทย[12] โดยแบบประเมินมีคะแนนรวม 5 คะแนน พบคะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ อายุ การวินิจฉัยโรคระบบประสาท และระดับภาวะกลืนลำบาก

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยสูงอายุ เวลาและระยะเวลาในการดูแล การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล ความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคประจำตัว และผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและจิตใจ

2.3 แบบประเมินความพร้อมในการดูแล สร้างโดย Archbold และ Stewart แปลเป็นภาษาไทยโดย Wirojratana[13] เป็นการประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล 7 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบรายข้อ คือ 0 ถึง 4 คะแนน โดยแบบประเมินความพร้อมในการดูแลมีคะแนนรวมทั้งสิ้นเท่ากับ 32 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความพร้อมมาก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล

ต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาท ระยะเวลาของโปรแกรมทั้งสิ้น 4 วัน แต่ละวันใช้เวลา 15-45 นาที ดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 1) จากนั้นให้ความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก” ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย

1. การประเมินความพร้อมก่อนการกลืน 1) ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกตัวและตื่นดี และ 2) ประเมินระบบทางเดินหายใจอยู่ในสภาวะปกติ ไม่มีอาการเหนื่อย กรณีมีน้ำลายหรือเสมหะคั่งค้างต้องดูแลดูดเสมหะก่อนรับประทานอาหาร

2. การจัดท่าช่วยกลืน โดยจัดท่านั่งให้ศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ข้อศอกและแขนวางบนโต๊ะหรือหมอน หลังรับประทานเสร็จให้อยู่ในท่านี้ต่อประมาณ 15-30 นาที

3. การเลือกและจัดอาหารที่เหมาะสมกับการกลืน พร้อมทั้งข้อแนะนำในการรับประทานอาหาร ได้แก่ 1) จังหวะการรับประทานไม่ให้เร็วเกินไป การรับประทานคำเล็กหรือพอดีคำหรือการเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน 2) หากจำเป็นต้องป้อนอาหาร ไม่ป้อนอาหารเข้าไปลึกจนเกินไป และให้เวลาในการกลืน ไม่เร่งรัดผู้ป่วยสูงอายุ 3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีสมาธิในการกลืนอาหาร พูดคุยกับผู้ป่วยสูงอายุเท่าที่จำเป็นและไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่คนเดียวขณะรับประทานอาหาร และ 4) ทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งหลังรับประทานเพื่อลดการสะสมของแบคทีเรียในช่องปาก

4. การเฝ้าระวังการสูดสำลัก 1) สังเกตอาการผิดปกติขณะรับประทานอาหาร เช่น เริ่มควรให้หยุดรับประทานอาหารทันที และต้องรีบทำให้ทางเดินอาหารและหายใจโล่ง เช่น ดูแลให้คายหรือไอเอาอาหารออก 2) หากผู้ป่วยสูงอายุมีอาการสำลักอาหาร ยังรู้สติ พูดไม่มีเสียง ไอไม่ออก หายใจติดขัด แสดงว่ามีการอุดกั้นทางเดินหายใจรุนแรง ให้การช่วยเหลือโดยการกดกระแทกที่ท้องทันทีเพื่อขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจส่วนบน 3) สังเกตอาการออกซิเจนในเลือดต่ำจากการเกิดการสำลัก หากมีเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วพบค่าน้อยกว่า 95% กรณีไม่มีเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว สังเกตอาการผิดปกติที่อาจแสดงถึงอาการออกซิเจนในเลือดต่ำ เช่น ไอมากขึ้น หายใจเร็ว หายใจถี่ เหงื่อออก หรือหายใจไม่ออก และให้ขอความช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อตรวจประเมินต่อไป

5. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน ดังนี้ 1) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อปากและใบหน้า ได้แก่ การฝึกควบคุมริมฝีปากโดยการทำปากจู๋สลับกับยิ้มเห็นฟัน และการเม้มปากหนีบผ้าหรือกระดาษ ทำ 8-10 ครั้งต่อเซต 3 เซตต่อวัน 2) การเคลื่อนไหวขากรรไกร ได้แก่ การอ้าปากสลับกับหุบปาก และการกัดฟันค้างไว้ 5 วินาทีแล้วคลาย ทำ 8-10 ครั้งต่อเซต 3 เซตต่อวัน และการควบคุมการเคลื่อนไหวของลิ้น ได้แก่ การแลบลิ้นเคลื่อนไหวสลับซ้ายและขวา และการปิดปากเอาลิ้นแตะกระพุ้งแก้มสลับซ้ายและขวา ทำ 8-10 ครั้งต่อเซต 3 เซตต่อวัน

6. การหาแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแล เช่น ศูนย์สาธารณะสุขหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตินอกสถานพยาบาล

วันที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ประกอบด้วย

1. การสอนสาธิตข้างเตียง 1) การจัดท่าช่วยกลืน และ 2) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน

2. การตัดสินใจเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม โดยการใช้สื่อรูปภาพที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้และให้ญาติผู้ดูแลเลือกอาหารที่เหมาะสมกับระดับการกลืนของผู้ป่วยสูงอายุตามคำแนะนำ

3. การจำลอง 3 สถานการณ์หากเกิดการสำลักผ่านสื่อแผ่นพับที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ แต่ละสถานการณ์มี 2 ทางเลือกให้ตัดสินใจ คือ 1) ทางเลือกที่เหมาะสม และ 2) ทางเลือกที่ไม่เหมาะสม

วันที่ 3 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติการดูแล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

วันที่ 4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 2) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน นำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนของเนื้อหาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

3.2 สื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) เรื่อง

"การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก" ที่ประกอบด้วยกิจกรรมฟื้นฟูการกลืน 6 กิจกรรมเป็นสื่อการสอนหลักให้กับญาติผู้ดูแล

3.3 คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก" เนื้อหาสอดคล้องกับการสอนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนการดูแลซ้ำได้ด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS 2021/23.0706 วันที่ 16 กรกฎาคม 2564 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ 298-09-21 CAEN-H Fub วันที่ 18 พฤศจิกายน 2564 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบรายละเอียดโครงการวิจัยจากผู้วิจัย ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล รวมทั้งมีสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดกับการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองต่อการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจกแผ่นพับที่ระบุรายละเอียดของโครงการวิจัยและช่องทางการติดต่อผู้วิจัยและแจ้งข้อมูลเบื้องต้นโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยเป็นการส่วนตัวตามช่องทางการติดต่อที่ระบุไว้ในแผ่นพับ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูล พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจะให้ลงนามในเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 46 ราย นำแบบประเมินสมรรถภาพสมองมินิ-ค็อก (Mini-Cog) ไปประเมินกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ภายหลังผู้วิจัยขออนุญาตในการติดต่อนัดหมายเวลาและสถานที่ทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อเข้าทำการเก็บข้อมูล ณ ห้องผู้ป่วยนั้น ๆ ระยะเวลาโปรแกรม 4 วัน

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการทดลอง ดังต่อไปนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 1) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดต่อขอให้ตอบแบบประเมินความพร้อมญาติผู้ดูแลอีกครั้งหลังจากเข้าพบวันแรก 3 วัน

วันที่ 2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความพร้อมญาติผู้ดูแล (ครั้งที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 5 นาที พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก" ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น หากกลุ่มตัวอย่างสนใจ ผู้วิจัยจะขออนุญาตส่งคู่มือดังกล่าวให้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พร้อมอธิบายและตอบข้อซักถามพอสังเขป ภายหลังแจ้งยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) และได้รับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) ที่สอดคล้องกับการสอนผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ดำเนินการทดลอง ดังต่อไปนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 1) จากนั้นให้ความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก" ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมก่อนการกลืน 2) การจัดท่าช่วยกลืน 3) การเลือกและจัดอาหารที่เหมาะสมกับการกลืน 4) การเฝ้าระวังการสูดสำลัก 5) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน และ 6) การหาแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแล

วันที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ประกอบด้วย 1) การสอนสาธิตข้างเตียง 2) การตัดสินใจเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม โดยการ

ใช้สื่อรูปภาพที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้และให้ญาติผู้ดูแลเลือกอาหารที่เหมาะสมกับระดับการกลืนของผู้ป่วยสูงอายุตามคำแนะนำ 3) การจำลอง 3 สถานการณ์หากเกิดการสำลักผ่านสื่อแผ่นพับที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ แต่ละสถานการณ์มี 2 ทางเลือกให้ตัดสินใจ คือ ทางเลือกที่เหมาะสมและทางเลือกที่ไม่เหมาะสม

วันที่ 3 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติการดูแล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

วันที่ 4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 2) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย พร้อมอธิบายและตอบข้อซักถามพอสังเขป ภายหลังแจ้งยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi–square พบว่าตัวแปรแต่ละตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมญาติผู้ดูแลหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่าลักษณะข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการทดสอบสมมุติฐานที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N = 21)		กลุ่มควบคุม (N = 21)		x^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.11	.74
ชาย	7	33.30	6	28.60		
หญิง	14	66.70	15	71.40		
อายุ					1.10F	.71F
20 - 39 ปี	9	42.90	12	57.10		
40 - 59 ปี	9	42.90	6	28.60		
≥ 60 ปี	3	14.30	3	14.30		
	Mean = 44.43		Mean = 43.81			
	SD = 12.66		SD = 13.74			
ระดับการศึกษา					2.37F	.64F
ไม่ได้ศึกษา	2	9.50	1	4.80		
ประถมศึกษา	3	14.30	4	19.00		
มัธยมศึกษา	0	0.00	2	9.50		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	76.20	14	66.70		
อาชีพ					2.34F	.79F
เกษตรกร	0	0.00	2	9.50		
ข้าราชการ	3	14.30	2	9.50		
พนักงานบริษัท	4	19.00	4	19.30		

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N = 21)		กลุ่มควบคุม (N = 21)		x^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	42.90	7	33.30		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	14.30	6	28.60		
ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยสูงอายุ					2.84F	.45F
คู่สมรส	3	14.30	7	33.30		
บุตร	9	42.90	8	38.10		
บุตรเขย/บุตรสะใภ้	1	4.80	0	0.00		
หลาน	8	38.10	6	28.60		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอื่นมาก่อน					.00	1.00
ไม่มี	14	66.70	14	66.70		
มี	7	33.30	7	33.30		
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ						
ไม่มี	21	100.00	21	100.00		
มี	0	0.00	0	0.00		

F = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 1 พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ โดยญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย อายุเฉลี่ย 44.43 ปี ปี (SD = 12.66) และญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43.81 ปี (SD = 13.74) ญาติผู้ดูทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 42.90 และร้อยละ 38.10 ตามลำดับ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 76.20 และร้อยละ 66.70 ตามลำดับ และญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 42.90 และร้อยละ 33.30 ตามลำดับ ด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น พบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอื่นมาก่อน ทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 66.70 เท่ากัน และไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเลย คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยรายข้อของความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยความพร้อมรายข้อหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง (N = 21)		กลุ่มควบคุม (N = 21)	
	Mean	SD	Mean	SD
1. การดูแลความต้องการด้านร่างกาย	3.19	.60	2.24	.70
2. การดูแลความต้องการทางด้านอารมณ์	2.76	.77	2.05	.74
3. การหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการ	3.43	.75	2.52	.68
4. การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแล	2.86	.73	1.86	.91
5. การดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจทั้งตัวท่านเองและผู้สูงอายุ	2.95	.67	2.05	.59
6. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน	2.90	.77	1.67	.80
7. การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข	3.57	.60	2.67	.73
8. ความพร้อมโดยรวม	3.05	.669	2.10	.70

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบรายข้อ คือ 0 ถึง 4 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงว่ามีความพร้อมมาก พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมรายข้อหลังเข้าร่วมกิจกรรมของมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังการทดลองโดยรวม เท่ากับ 3.05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมมากที่สุด คือ การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข เท่ากับ 3.57 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังการทดลอง โดยรวมเท่ากับ 2.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมมากที่สุด คือ การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข เท่ากับ 2.67

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยความพร้อม	กลุ่มทดลอง (N = 21)		กลุ่มควบคุม (N = 21)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	11.71	4.30	11.33	5.12	.26	.80
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	24.71	4.04	17.14	4.43	5.79	.00

ตารางที่ 3 พบว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถเพิ่มความพร้อมในการดูแลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = 5.79, p = .00) ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีคะแนนคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 24.71 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 17.14 คะแนน

การอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยผู้ใหญ่และเป็นบุตรของผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก เนื่องจากพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ยึดถือความกตัญญูกตเวที สอนให้บุตรทดแทนบุญคุณโดยการเลี้ยงดูบิดาและมารดาเป็นการตอบแทนเมื่อท่านมีอายุมากขึ้น และผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมักถูกสังคมคาดหวังให้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัว และเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนโยน รอบคอบ จึงมักจะทำหน้าที่ในการดูแลจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าเพศชาย ดังนั้น จึงมักได้รับหน้าที่ให้รับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่สภาวะปกติจนถึงเมื่อมีการเจ็บป่วย[14]

ด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งการศึกษาสูงทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลและมีโอกาสแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น15 ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวและไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการมีความพร้อมด้านค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจากภาวะกลืนลำบากที่มีสาเหตุจากโรคระบบประสาทนั้นเป็นการรักษาที่จำเพาะและต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟู ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่รับบทบาทในการดูแลครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูง มีความพร้อมทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม สามารถเพิ่มความพร้อมความสามารถและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลให้สูงขึ้นได้[16] ส่วนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า การมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนจะทำให้ผู้ดูแลมีทักษะ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญและมีความมั่นใจ รู้สึกว่าเป็นความยากลำบากในการดูแลน้อย

ลงและมีการปรับตัวของผู้ดูแลให้เข้ากับบทบาทใหม่ที่ได้รับครั้งนี้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล[17]

ผลการศึกษาก่อนการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ตารางที่ 3) ซึ่งตอบคำถามการวิจัยและสามารถอภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูการกลืน 6 กิจกรรม คือ 1) การประเมินความพร้อมก่อนการกลืน 2) การจัดท่าช่วยกลืน 3) การเลือกและจัดอาหารที่เหมาะสมกับการกลืน 4) การเฝ้าระวังการสูดสำลัก 5) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน และ 6) การหาแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแล โดยการสอนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) จำนวน 1 ครั้ง และมอบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) ที่สอดคล้องกับการสอนผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ การเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติที่หากปฏิบัติ การติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีความรู้ มีความเข้าใจ ตลอดจนมีทักษะการดูแลต่าง ๆ ในบทบาทการเป็นผู้ดูแล โดยญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีจะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการฟื้นฟูการกลืนที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกลืนอาหารอย่างปลอดภัยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และติดตามภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลับเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก แต่ไม่พบในกลุ่มได้รับโปรแกรม แสดงถึงความปลอดภัยในการกลืนอาหารของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเมื่อกลับบ้าน[18]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่สามารถติดต่อสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่มีแอปพลิเคชันไลน์ อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีข้อจำกัดในการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนหรือไม่มีอินเทอร์เน็ตที่ทำให้ใช้บริการแอปพลิเคชันไลน์ได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพยาบาลในหอผู้ป่วยในการส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสภาพการกลืน ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะและเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลต่อเนื่องไปยังบ้าน เกิดผลดีต่อทั้งผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวต่อไป และเป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับผลของการฟื้นฟูสภาพการกลืนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในระยะยาวต่อไปในระยะหลังการฟื้นฟูสภาพการกลืน 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น

References

1. Charoensuk D. Contemporary aging and community health promotion. Journal of the Police Nurses. 2015); 7(2), 280-295. (in Thai)
2. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. Clinical Practice Guidelines: dysphagia. 1th ed. Nonthaburi: Sahamitr Printing And Publishing Company Limited; 2019. (in Thai)
3. Saiyot S. Prevalence of dysphagia in hospitalized stroke patients in Sisaket hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2018; 33(2); 119-28. (in Thai)

4. Carmen M, Alberto M, Graupera M, Arias O, Elvira A, Cabré M, et al. Prevalence, risk factors, and complications of oropharyngeal dysphagia in older patients with dementia. Nutrients. 2020; 12; 863-77.
5. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. Journal of the American Medical Directors Association. 2017; 18; 576-82.
6. Kasemkijwattana S, Praison P. Family caregivers chronic disease. Thai Journal of Nursing Council. 2014; 29(4); 22-31. (in Thai)
7. Archbold S, Lutman M, Marshall D. Categories of auditory performance. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology. 1995; 104; 312-14.
8. Schumacher K, Stewart B, Archbold P, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcome during cancer treatment. Oncology Nursing Forum. 2008; 35(1); 49-56.
9. National Statistical Office. Report on the 2017 survey of the older persons in Thailand. 1th ed. Bangkok: Statistical Forecasting Division; 2017. (in Thai)
10. Mohammadi S, Zabolypour S, Ghaffari F, Arazi T. The effect of family-oriented discharge program on the level of preparedness for care-giving and stress experienced by the family of stroke survivors. Iranian Rehabilitation Journal. 2019; 17(2); 113-19.
11. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients; The Gugging Swallowing Screen. Journal of the American Heart Association. 2007; 38; 2948-52
12. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N ,Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. Geriatr Gerontol Int. 2015; 15(5); 594-600. in Thai)
13. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory [dissertation]. Portland, OR: Oregon Health & Science University; 2002.
14. Surakan P, Jongudomkarn D. The family caregiver's roles in providing care for chronically the ill family members: A synthesis of qualitative research theses. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen. 2019); 26(2); 83-92. (in Thai)
15. Pettakon S, Teerawanviwat D. Risk of catastrophic health expenditures among Thai elderly. KKU Research Journal. 2019; 19(3); 36-47. (in Thai)
16. Piriyajaratchai N, Sasat S. Factors predicting caregiver's readiness for dependent older persons in transition period on hospital to home. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(3); 231-40. (in Thai)
17. Sutthirit S, Yuangthong A, Chanead W, Niyomjit S, Bueasang N, Rodcharoen S. Stress of caregivers providing care for bedridden elderly, Surat Thani Province. Reg11med. 2021; 35(2); 1-12. (in Thai)
18. Laplai P, Wongvatunyu S, Sirapo-ngam Y. The effects of the program to promote safe eating in stroke patients on family caregivers knowledge, self-efficacy, outcome expectation, family caregivers satisfaction, and safe eating in stroke patients. Ramathibodi Nursing Journal. 2017; 9(2); 78-98. (in Thai)

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สถาบันพระบรมราชชนก

The Effects of a Mental Health Literacy Enhancement Program on Nursing Student Mental Health Status in Nursing Colleges under Praboromarajchanok Institute in the Central Region Network

ประกาศิต พูลวงษ์ นุชนาถ บรรทุมพร* รังสิมันต์ สุนทรไชยา
Prakasit Poonwong Nutchanart Bunthumporn* Rangsiman Soonthornchaiya
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120
Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบกึ่งทดลองวัดสองครั้งก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตฉบับภาษาไทยซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และมีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด ต่ำกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) 2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองด้าน ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด สูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิผล จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่จะนำไปเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, ภาวะสุขภาพจิต, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research used a two-group, pretest – posttest design to examine the effect of a mental health literacy enhancement program on nursing students. Sixty nursing students, randomly assigned to the control and experimental groups of 30 per group. The experimental group received a mental

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

วันที่รับ (received) 18 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (received) 3 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2566

health literacy enhancement program, and the control group received routine activities. The research instruments comprised: a mental health literacy enhancement program; Thai version of depression anxiety stress scale (DASS-21), The mental health literacy enhancement program had content validity by three experts and DASS-21 reliability was determined with a Cronbach's alpha coefficient of .91. The data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The result of the study were as follows: 1) After attending the program, the mean mental health status scores for; depression; anxiety; and stress were lower than the pretest at a statistically significant levels ($p<.001$) 2) The mean difference of mental health status scores including between before and after intervention in experimental group; depression; anxiety; and stress were significantly higher than the control group at a statistically significant levels ($p<.001$).

The finding of the study suggest that the mental health literacy enhancement program was able to increases the mental health status of nursing students. Therefore, this mental health literacy enhancement program can be an alternative intervention for healthcare provider to enhance the mental health of nursing students.

Keywords: mental health literacy enhancement program, mental health status, nursing students

บทนำ

นักศึกษาพยาบาล เป็นนักศึกษาในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพที่พบว่ามีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้มาก ทั้งในด้านภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะเครียด (Stress)[1] จากการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีความกดดันและความคาดหวังสูง[2] เนื่องจากการเรียนการสอนนั้น มีรูปแบบการเรียนรู้ที่มีลักษณะเฉพาะที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิตสุขภาพและอนามัยของประชาชน[3] เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงคุณธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และยังเป็นวัยแห่งการเผชิญการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งหากไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาเรื้อรังทางด้านสุขภาพจิต[4] จึงเป็นเรื่องที่ทุกสถาบันการศึกษาต้องให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาทางด้านสุขภาพจิต[5] นักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ใช้ความระมัดระวัง รอบคอบ และมีความรับผิดชอบที่สูงขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น[6] และการเกิดภาวะซึมเศร้ายังส่งต่อให้เกิดการฆ่าตัวตายได้[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลนั้นมีหลายมิติที่มีความเกี่ยวข้องกัน[8] โดยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า[7] ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน บรรยากาศในครอบครัว ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะวิตกกังวล ได้แก่ การปรับตัวจากรูปแบบการเรียนรู้จากมัธยมศึกษาไปสู่อุดมศึกษา การเตรียมตัวสอบและแบ่งเวลาเพื่อใช้ทบทวนความรู้ ผลการเรียน การปรับตัวอยู่ร่วมกับเพื่อนในหอพัก การแยกจากบุคคลในครอบครัว และความรู้สึกเป็นห่วงบุคคลในครอบครัว รวมไปถึงการจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมาย[9] และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเครียด ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว[10] สัมพันธภาพ การเรียน เศรษฐกิจ การทำกิจกรรม[11] ทั้งนี้ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษานั้น จะส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับที่แตกต่างกันได้[12] โดยระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล จะค่อย ๆ ลดลงตามชั้นปี[13] คือ ในระดับชั้นปีที่สูงขึ้นนักศึกษาพยาบาลจะมีระดับความเครียดที่ต่ำกว่า เมื่อเทียบกับในชั้นปีต้น ๆ เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลจะมีความสามารถและความชำนาญทางคลินิกเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความสามารถในการจัดการกับความเครียดเหล่านั้นได้ดีกว่า ซึ่งเป็นผลมาจากวิชาเรียน เนื้อหา และการศึกษาภาคปฏิบัติที่มากขึ้น

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เป็นชั้นปีที่ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จะมีความเครียดในระดับมากขึ้นไป มากถึงร้อยละ 56.26 และพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จะเป็นชั้นปีที่มีการเรียนในเนื้อหาวิชาที่ศึกษาหลากหลาย และต้องฝึกปฏิบัติ

เป็นเวลานานมักจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต[14] แต่การป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตนั้น ควรเริ่มจัดกระทำเพื่อป้องกันตั้งแต่ชั้นปีที่ต่ำลงมา เพราะหากไม่ได้รับการดูแลแก้ไขตั้งแต่เริ่มต้น ก็อาจส่งผลให้เกิดปัญหาตามมาได้

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาเฉพาะทางทางด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีนักศึกษากำลังศึกษาอยู่กว่า 13,000 และมีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดตั้งกระจายอยู่ทั่วประเทศมากถึง 30 วิทยาลัย โดยมีวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลางปริมณฑลและตะวันออก เป็นเครือข่ายที่มีจำนวนวิทยาลัยมากที่สุด รวมทั้งสิ้น 12 วิทยาลัย ในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองนโยบายของภาครัฐ และพบว่านักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.78, SD = .92)[15] การส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและช่วยให้เกิดผลทางบวกต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และทำให้นักศึกษาสามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์ตามมา

ภาวะสุขภาพจิต (Mental health status) นับว่าเป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่า เป็นสภาพสุขภาวะของบุคคลที่รับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนเองได้ การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีจึงเป็นสภาพสมบูรณ์ของชีวิตที่สามารถรับมือกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิต จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ครอบครัว องค์กรหรือชุมชน โดยการเพิ่มปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยทางบวก และลดปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยทางลบที่บั่นทอนสุขภาพจิต และนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญปัญหา ความยุ่งยาก และป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต[1]

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) เป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)[16] หมายถึง ความรู้ และความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ ตระหนักถึงปัญหาและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม หากได้รับการพัฒนาในทุกองค์ประกอบของการส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตแล้ว จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความตระหนักและสามารถรับมือกับปัญหาทางสุขภาพจิต แสวงหาการช่วยเหลือและเข้ารับการการดูแลได้ทันท่วงที และยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้อีกเช่นกัน ทำให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมส่งผลให้ความรุนแรงของปัญหาลดลง จากการศึกษาและสังเคราะห์งานวิจัยดังกล่าว พบว่า มีการจัดกระทำต่อตัวนักศึกษาพยาบาลเองในหลาย ๆ รูปแบบ ที่มีทั้งภาวะวิตกกังวล เครียด หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งวิธีการจัดกระทำโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานนั้นเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ แต่ในยังไม่พบการการจัดกระทำที่ครอบคลุมทั้งภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด หรือภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต[18] มาพัฒนาและประยุกต์เป็นโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลอง ของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต[16] ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ด้านคือ 1) ด้านการรับรู้ถึงลักษณะทางจิตและความทุกข์ทางจิตใจ 2) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับ

การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และแสวงหาความช่วยเหลือที่ และ 6) ด้านความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างผ่านกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ[17] 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เข้าถึง (Access) 2) เข้าใจ (Understand) 3) ประเมินตนเอง (Appraise) และ 4) ปรับใช้บอกต่อ (Apply) ซึ่งทั้ง 4 ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการสำคัญในการดำเนินกิจกรรมเสริมเสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ช่วยให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต[16]

1) ด้านการรับรู้ถึงลักษณะทางจิตและความทุกข์ทางจิตใจ
กิจกรรมที่ 1 “รอบตัวเรา”

2) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต
กิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทัน”

3) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง
กิจกรรมที่ 3 “ด้านแห่งตน 1”
กิจกรรมที่ 4 “ด้านแห่งตน 2”

4) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ
กิจกรรมที่ 5 “สุขแสวง”

5) ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม
กิจกรรมที่ 6 “ภาพจำ”

6) ด้านความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต
กิจกรรมที่ 7 “จิตรักษ์”
กิจกรรมที่ 8 “เราเป็นเรา”

กระบวนการความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ขั้นตอน[17]
1) เข้าถึง (Access)
2) เข้าใจ (Understand)
3) ประเมินตนเอง (Appraise)
4) ปรับใช้บอกต่อ (Apply)

→ **ภาวะสุขภาพจิต**
- ภาวะซึมเศร้า
- ภาวะวิตกกังวล
- ภาวะเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest – posttest design) ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ทั้งชายและหญิง ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 มีอายุ 18 – 20 ปี ในวิทยาลัยพยาบาล ในเครือข่ายภาคกลางของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เกณฑ์คัดออกคือ 1) มีประวัติการรักษารทางจิต 2) ไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบ 8 สัปดาห์ จากนั้นทำการสุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จับฉลากกลุ่มทดลองได้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท และกลุ่มควบคุมได้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.120 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล .80 ค่าอำนาจทดสอบที่ .08 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน เพื่อทดแทนการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย (drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 4 คนทั้งสองกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คนรวมเป็น 60 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อคำถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ เศรษฐานะทางครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

ของบุคคลในครอบครัว และสถานภาพสมรสของบิดา มารดา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาล (APN) จากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต Depression anxiety stress scale (DASS-21) ฉบับภาษาไทย20 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ นำมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ และแบบประเมินนี้เป็นที่ยอมรับ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ ซึ่งในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0 – 3 คะแนน โดยการ แปลผลในครั้งนี้ ใช้เกณฑ์ตามที่ผู้พัฒนาได้กำหนดไว้แยกเป็นรายด้าน จำนวน 3 ด้าน คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด การแปลผลในครั้งนี้ใช้เกณฑ์ตามที่ผู้พัฒนาได้กำหนดไว้ แบ่งเป็นระดับปกติ เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้าย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบัน พระบรมราชชนก และนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

3. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy Enhancement Program) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต[18] โดยดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ[19] 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เข้าถึง (Access) 2) เข้าใจ (Understand) 3) ประเมินตนเอง (Appraise) และ 4) ปรับใช้บอกต่อ (Apply) ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการติดต่อกัน จำนวน 8 สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที ได้แก่ 1) กิจกรรมรอบตัวเรา 2) กิจกรรมรู้เท่าทัน 3) กิจกรรมด้านแห่งตน 1 4) กิจกรรมด้านแห่งตน 2 5) กิจกรรมสุขแสวง 6) กิจกรรมภาพจำ 7) กิจกรรมจิตรักษ์ และ 8) กิจกรรมเราคือเรา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาล (APN) จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา ตรวจสอบความ ความเหมาะสมของระยะเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และปรับปรุงหลังทดลองใช้ โดยปรับการใช้ภาษาไทยในการดำเนินกิจกรรมเพื่อความเข้าใจง่ายจากนั้นผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มทดลองโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ออกเป็นกลุ่มย่อย จำนวน 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีสมาชิกจำนวน 10 คน เพื่อประสิทธิภาพของการทำกิจกรรมกลุ่มเนื่องจากต้องใช้การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิด โดยดำเนินการกลุ่มในเวลา เวลา 17.00 – 18.30 น. โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในวันจันทร์ กลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในวันอังคาร และกลุ่มที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในวันพฤหัสบดี จัดกิจกรรมในเดือนเมษายน - มิถุนายน 2566 ซึ่งกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มจะได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ติดต่อกัน ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแต่ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มย่อยนั้นดำเนินการโดยผู้วิจัยเพื่อป้องกันการจับคู่กันเองของสมาชิกกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ COA No.028/2566 อนุมัติวันที่ 20 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป จากตารางที่ 1 พบว่านักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 19.83 ปี (M = 19.96, SD = .37) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 19.96 ปี (M = 19.96, SD = .18) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 93.3 เท่ากัน ด้านเศรษฐานะทางครอบครัว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 30.0 เท่ากัน ด้านประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดา ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาอยู่ด้วยกันทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 63.7, 63.3 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ (p>.05)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลองของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ภาวะซึมเศร้า	3.6	3.5	1.4	1.3	37.89	3.21	.00*
ภาวะวิตกกังวล	4.2	3.2	1.8	1.7	44.02	3.60	.00*
ภาวะเครียด	3.9	3.2	1.2	1.5	41.91	4.21	.00*

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตรายด้านของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลอง ด้านภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง (M = 1.4, SD = 1.3) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 3.6 , SD = 3.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.21, p<.001) ด้านภาวะวิตกกังวลหลังการทดลอง (M = 1.8 , SD = 1.7) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 4.2, SD = 3.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.60, p<.001) ด้านภาวะเครียดหลังการทดลอง (M = 1.2 , SD = 1.5) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 3.9 , SD = 1.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.21 , p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลองของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ภาวะซึมเศร้า	3.9	4.0	4.4	4.4	58	-.482	.63*
ภาวะวิตกกังวล	4.6	3.5	5.0	4.3	58	-.451	.65*
ภาวะเครียด	4.7	3.8	4.9	4.5	58	-.215	.83*

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตรายด้านของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มควบคุม ด้านภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง (M = 4.4 , SD = 4.4) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 3.9 , SD = 4.0) พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -.482 , p>.05) ด้านภาวะวิตกกังวล หลังการทดลอง (M = 5.0 , SD = 4.3) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 4.6 , SD = 3.75 พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -.451, p>.05) และด้านภาวะเครียด หลังการทดลอง (M = 4.9 , SD = 4.5) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 4.7, SD = 3.8) พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -.215 , p>.05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต ด้านภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)				df	t	p-value
	M	SD	$\bar{D}_1$	SD	M	SD	$\bar{D}_2$	SD			
ภาวะซึมเศร้า											
ก่อนการทดลอง	3.6	3.5			3.9	4.0					
			2.20	3.04			-.53	1.35	58	-	.00*
หลังการทดลอง	1.4	1.3			4.4	4.4				3.55	
ภาวะวิตกกังวล											
ก่อนการทดลอง	4.2	3.2			4.6	3.5					
			2.40	2.91			-.46	1.83	58	-	.01*
หลังการทดลอง	1.8	1.7			5.0	4.3				3.76	
ภาวะเครียด											
ก่อนการทดลอง	3.9	3.2			4.7	3.8					
			2.70	3.01			-.23	1.47	58	-	.00*
หลังการทดลอง	1.2	1.5			4.9	4.6				4.20	

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตรายด้านของนักศึกษาพยาบาล ด้านภาวะซึมเศร้า ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 2.20, SD = 3.04) สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2$ = -.53 , SD = 1.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.55 , p<.001) ด้านภาวะวิตกกังวล ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{D}_1$ = 2.40 , SD = 2.91) สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2$ = -.46 , SD = 1.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.76 , p<.001) ด้านภาวะเครียด ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 2.70, SD = 3.01) สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2$ = -.23, SD = 1.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -4.20, p<.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล สามารถอภิปรายผลการทดลองตามสมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

สมมติฐานข้อ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามตารางที่ 1 แสดงว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมติฐาน โปรแกรมฯ ที่พัฒนาตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy)[16] โดยดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ[17] 4 ขั้นตอน สามารถพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลและส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี[20] และส่งผลที่ยั่งยืนต่อภาวะสุขภาพจิต ในอนาคต[21]

สมมติฐานข้อ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลอง ของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ตามตารางที่ 3 ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต[16] โดยดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ[17] 4 ขั้นตอน แตกต่างจากค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาด้านภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ย

คะแนนภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1$ = 2.20, SD = 3.04) สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.55 , p<.001) ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล[22,23] ด้านภาวะวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\overline{D}_1$ = 2.40, SD = 2.91) สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.76, p<.001) ซึ่งสามารถป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้[24] ด้านภาวะเครียด ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1$ = 2.70, SD = 3.01) สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -4.20, p<.001) ซึ่งการได้รู้เกี่ยวกับความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต[25] และลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล[26] รวมถึงความเครียดต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติงานครั้งแรกได้[27] จากผลการศึกษาจึงพบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจามแนวคิดของจอร์มทำให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 อาจารย์/ผู้รับผิดชอบงานพัฒนานักศึกษา สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยควรศึกษาตัวเนื้อหาของโปรแกรมและฝึกการใช้งานก่อนนำไปใช้

1.2 ผู้บริหาร อาจสนับสนุนหรือนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปใช้ในการวางแผน/กำหนดนโยบายการดูแลนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ตั้งแต่แรกเข้าศึกษา เพื่อช่วยป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในระยะยาว 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผล และความยั่งยืนในประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2.2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ในนักศึกษากลุ่มอื่น ๆ หรือภูมิภาคอื่น ๆ ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

References

1. Stanton R, Best T, Williams SL, Vandelanotte C, Irwin C, Heidke P, et al. Associations between health behaviors and mental health in Australian nursing students. Nurse Education Practice. 2021;53(1):1–10.
2. Kataria R. Self esteem, stress and depression in nursing students. Indian Journal of Continuing Nursing Education, 2016;17(1):30–7.
3. The Announcement of the Ministry of Education on Qualification Standards of Bachelor Degree Level in Nursing Science, Royal Thai Government Gazette, 2017. (in Thai)
4. Rice F, Eyre O, Riglin L, Potter R. Adolescent depression and the treatment gap. Lancet Psychiatry, 2017;4(2):86–7.
5. Meuangkhwa P, Klongdee K, Chaniang S. Depression among Thai Undergraduate Student: The Critical Role of Higher Educational Institutions. Journal of Nursing, Siam University, 2020;21(41):104–16. (in Thai)
6. Tantalanukul S, Wongsawat P. Stress and Stress Management in Nursing Students. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 2017;9(1):81–92. (in Thai)
7. Naruemon S, Sangon S. Factors Associated with Depression in Nursing Students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 2015;29(3):11–27. (in Thai)
8. Sodeify R, Moghaddam Tabrizi F. Nursing students' perceptions of effective factors on mental health: A qualitative content analysis. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery. 2020;8(1):34–44.

9. Tabtim A, Suriyasasin S. A Survey of nursing students' problems among Royal Thai Army nursing college. Online Journal for Graduated Study, Faculty of Education, 2017;3(1):1–15. (in Thai)
10. Bundasak T, Chaowiang K, Jungasem N. Affecting Factors on Nursing Student Anxiety while Practicing in Intensive Care Unit. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center, 2017;34(1):6–16. (in Thai)
11. Sihawong S, Fungdee N, Yanarom N, Noinang N, Anai N, Boonchuen T, et al. Factors Causing to Stress of Nursing Students, Ubon Ratchathani University. HCU Journal of Health Science, 2018;42(1):93–106. (in Thai)
12. Ruangkit P, Maneerat S. A Study of The Relationships between Mental Health Status and Stress of Nursing Student of Boromarajonani College of Nursing Noparat Vajira. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts), 2019; 12(1):1208–55. (in Thai)
13. Jabien Labrague L. Stress, Stressors, and Stress Responses of Student Nurses in a Government Nursing School. Health Science Journal. 2013;7(4):424-35.
14. Chuaichum C, Yotinwattanabumrung A, Muentip Y, Saramas N, Jittarat M. Factors Influencing Stress of Nursing Students during Clinical Practice in Adult Nursing Practicum 1. Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Nakhondhat, 2020;7(5):291–308. (in Thai)
15. Kaewsakulthong J. Factors Predicting Stress among Nursing Students under the Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Journal of Health Research and Innovation. 2019;2(1):1–11. (in Thai)
16. Jorm AF. Mental Health Literacy. British Journal of Psychiatry. 2000;177(5):396–401.
17. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. Bio Med Central Public Health,. 2012;12(1):1-13.
18. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research methods. 2007; 39(2):175–91.
19. Oei TPS, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. International Journal of Psychology, 2013;48(6):1018–29.
20. Sonmez Y, Akdemir M, Meydanlioglu A, Aktekin MR. Psychological Distress, Depression, and Anxiety in Nursing Students: A Longitudinal Study. Healthcare, 2023;11(5)1-11.
21. Winzer R, Lindberg L, Guldbrandsson K, Sidorchuk A. Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Peer Journals, 2018;(4):1-27.
22. Bundasak T, Chaowiang K, Jungasem N, Intawat J, Effect of Using the Adaptation Enhancing Program on Depressive symptoms among Nursing Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2020;21(2),443–52. (in Thai)
23. Maneephum N, Keawkingkraw S, Uthis P. The Effect od Group Psychoeducation Program on Depression of Nursing Students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 2016;30(3):80–91. (in Thai)

24. Garseewong W, Kongthanachayopit S. Effects of a mental health promotion and mental health prevention program on stress and depression among first-year nursing students. Journal of Nursing, Sia, University, 2022;23(44),36–48. (in Thai)
25. Prasitsart N, Somprasert C, Jirarode A. The Effect of an Instrict Motivation Program on The Stress Management Skills of Nursing Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2019;20(2):205–14. (in Thai)
26. Chiangkuntod S. The Development of Stress Management Program Following Buddhist Psychology for Nursing Students at Faculty of Nursing, Siam University. Journal of Graduated Studies Review, 2019;15(1),184-95. (in Thai)
27. Thavongul S, Prabpai S. Effect of Stress Management Program Applied Self-Efficacy Theory on Stress from First Nursing Practical among Student Nurses, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University. Journal of Health and Nursing Research, 2021;37(1),193–205. (in Thai)

คำแนะนำการเตรียม และส่งต้นฉบับวารสารพยาบาลทหารบก

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอเชิญชวนพยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักการศึกษา สาขาต่าง ๆ ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยทางการพยาบาลเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ เช่น วารสาร เอกสารประกอบการประชุม เป็นต้น หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่น** ซึ่งต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินก่อนตีพิมพ์ โดยพิจารณากลั่นกรอง (external and internal reviewers) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายนอกและภายในที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลโดยเฉพาะมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญงานในสาขาต่าง ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน

ถ้าผู้เขียนบทความไม่แก้ไขบทความหรือทางกองบรรณาธิการไม่ได้รับการประสานใดๆ ทางวารสารจะขอสงวนสิทธิ์การส่งบทความของผู้เขียนบทความทุกคนลงวารสารพยาบาลทหารบกในครั้งต่อไป

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการทางการพยาบาล
2. บทความวิจัยทางการพยาบาล
3. บทความพิเศษ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้ารวมเอกสารอ้างอิง

2. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

3. ชื่อเรื่อง ผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ อย่างละเอียดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 - 5 ตัวอักษร หัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน พิมพ์ให้ตรงกัน เริ่มด้วยบทนำ เนื้อหา และบทสรุป

บทความวิชาการ /บทความวิจัย

1. สาระของบทความวิจัยที่กำหนดลงตีพิมพ์ในวารสาร

1.1 เป็นบทความด้านการพยาบาล การศึกษาพยาบาล ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน มีความน่าสนใจ และไม่ล้าสมัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

1.2 ผู้วิจัย/ผู้เขียนบทความ ประกอบด้วยบุคคล คณะบุคคล หรือทีมสหวิชาชีพ บทความวิชาการไม่เกิน 3 คน และบทความวิจัยไม่เกิน 5 คน

1.3 ผู้ที่ประสงค์จะส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร จะต้องชำระเงินค่าตีพิมพ์ลงวารสารตามที่กำหนด

1.4 บทความวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษา และลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาด้วย

2. รูปแบบการเขียนชื่อเรื่อง และข้อมูลของผู้วิจัย เรียงตามลำดับ ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย

2.2 ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ

2.3 ชื่อ-สกุลผู้วิจัยทุกท่าน ตำแหน่ง ที่อยู่ อย่างละเอียดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.4 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.5 หน่วยงานที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัย (ถ้ามี) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. การเขียนบทคัดย่อ

3.1 กำหนดให้เขียนบทความคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

3.2 รูปแบบการเขียนบทคัดย่อ เรียงตามลำดับ ดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และคำสำคัญ

บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ) และคำสำคัญ

4. รูปแบบการเขียนเนื้อหาในบทความวิจัย กำหนดดังนี้

4.1 บทนำ

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

4.3 สมมติฐาน (ถ้ามี)

4.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี)

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย

4.6 เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

4.7 ผลการวิจัย

4.8 สรุปและอภิปราย

4.9 ข้อเสนอแนะ

4.10 เอกสารอ้างอิง

5. เอกสารอ้างอิง โดยการอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา และควรอ้างอิงบทความวิชาการ บทความวิจัย จากวารสารทั้งไทยและต่างประเทศ และปรับเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเป็นเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายประโยคว่า (in Thai)

6. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอที่คณะกรรมการกลั่นกรองพิจารณาตามขั้นตอนของบรรณาธิการวารสารเรียบร้อยแล้ว และท่านจะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์

7. **ถ้าผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทาง บก. ขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบกในครั้งต่อๆ ไป**

การส่งบทความ

1. บทความต้นฉบับ ส่งต้นฉบับพร้อมทั้งแจ้งชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail ของผู้เขียนที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com หรือ Line id : saisamornc

2. เมื่อได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่าบทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร จึงสามารถ Submission บทความลงในระบบได้ http://thaijo.org/index.php/JRTAN

3. ชำระค่าตีพิมพ์ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาต ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก หมายเลขบัญชี 038-7-31946-0 ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอนเงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก
E-mail : saisamorn2006@hotmail.com
Line id : saisamornc
โทร. 081-345-5771

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวารสารพยาบาลทหารบก

ระยะขอบ 2.54 เซนติเมตร

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5

เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK (ตัวหนา) ขนาด18

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ (ตัวหนา) ขนาด18

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16
ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 14
ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 14

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด –

ระยะขอบ 2.54 เซนติเมตร

บทคัดย่อ

ภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16 (ไม่เกิน 250 คำ).....
.....
.....
.....
.....
.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

คำสำคัญ : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ระยะขอบ 2.54 เซนติเมตร

Corresponding Author:

วันที่รับ (Received) วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) วันที่ตอบรับ (Accepted)

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

Abstract

ภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16 (ไม่เกิน 250 คำ) .....

.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Keywords : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย " , "

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

*ข้อความในเนื้อหาใช้ font TH SarabunPSK ขนาด 16 โดยหัวข้อใช้ตัวหนาและเนื้อหาใช้ตัวปกติ ไม่ต้องแบ่งเนื้อหาเป็น 2 สดมภ์ (2 columns)

บทนำ (เนื้อหา).....

.....

วัตถุประสงค์การวิจัย (เนื้อหา).....

.....

สมมติฐาน (ถ้ามี) (เนื้อหา).....

.....

กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี) (เนื้อหา).....

.....

วิธีดำเนินการวิจัย (เนื้อหา).....

.....

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (เนื้อหา).....

.....

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ (เนื้อหา).....

.....

ผลการวิจัย (เนื้อหา).....

.....

ตาราง 1 ชื่อตาราง (n = ...)

ใช้ตัวปกติ ไม่ใช้ตัวหนา	M	SD	t	p
1.				ใส่ตัวเลขจริง
2.				เช่น .000
3.				.010
.				.059
.				(ไม่ใส่ <.05)
.				

สรุปและอภิปราย (เนื้อหา).....
.....
ข้อเสนอแนะ (เนื้อหา).....
.....

เอกสารอ้างอิง

ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

- เรียงลำดับของเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่องนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย 1,2,3,.....ให้เขียนตัวเลขเหนือบรรทัด (superscript) ใส่ไว้ข้างท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- การอ้างหลายรายการอ้างอิงในที่เดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกเลขแต่ละหมายเลข ([1,2,3])
- เอกสารอ้างอิงส่วนท้ายของบทความ (References) ให้เรียงลำดับการอ้างอิงตามลำดับ 1,2,3,4,.....ไปจนถึงเลขที่สุดท้ายในเนื้อหาให้สอดคล้องกัน ในกรณีที่ต้นฉบับเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและวงเล็บท้ายเอกสารว่า (in Thai)

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง มีดังนี้

หนังสือที่บรรณาธิการเป็นผู้เขียนทั้งเล่ม

รูปแบบ

Author Surname Initials. Title: subtitle. Edition (if not the first). Place of publication: Publisher; Year.

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ.พิมพ์ครั้งที่.สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP,editors.Operative obstetrics.2nd ed. New York: McGraw-Hill;2002.

Bronfenbrenner U. Ecological models of Human development.in international encyclopedia of education. 2nd ed. Oxford; Elsevier.1994

วารสาร

รูปแบบ

Author Surname Initials. Title of article. Title of journal, abbreviated. Date of Publication; Volume number (Issue number): Page numbers.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี เดือน ; เล่มที่ของวารสาร (ฉบับที่) :เลขหน้าแรก – หน้าสุดท้ายของบทความ.

ตัวอย่าง

Paowana W. Effect of videotaped video on nursing practice in patients with health problems,boromrajonani nursing college,udonthani,Journal of Nursing and Health Care.2013;31(3) : 99-106. (in Thai)

วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

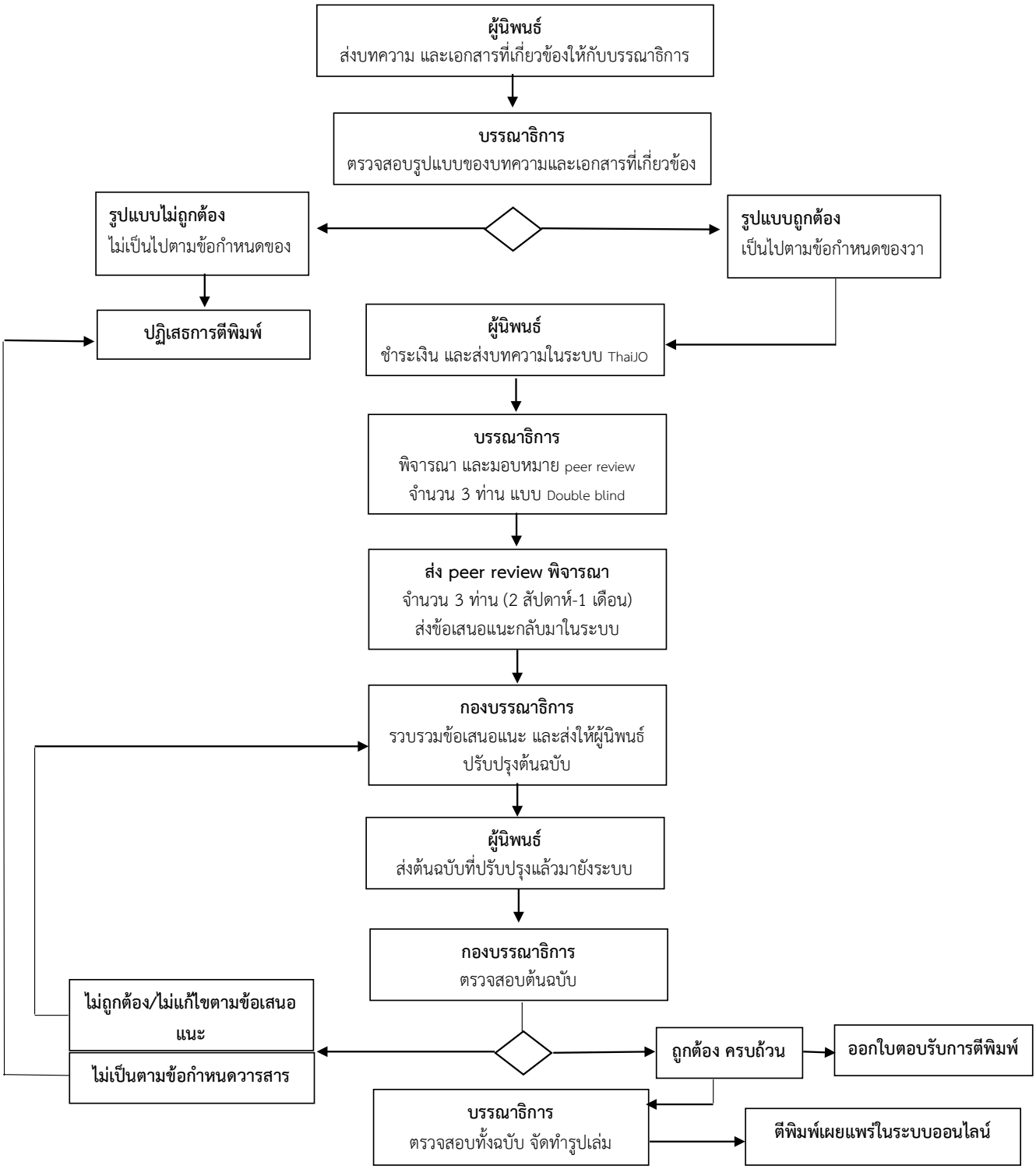
Author Surname Initials. Title. (dissertation/thesis). City: University; Year.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน.ชื่อเรื่อง..(dissertation/thesis). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่พิมพ์

Sowapak P.Factors related to drug adherence among elders with hypertension.(thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2006. (in Thai)

ขั้นตอนการตอบรับตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย

วารสารพยาบาลทหารบก ในระบบวารสารออนไลน์



แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก

1. **ชื่อ – สกุลผู้เขียน** (ภาษาไทย).....
   ชื่อ – สกุลผู้เขียน (ภาษาอังกฤษ).....
   ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....
   - ในกรณีที่ผู้เขียนกำลังศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิต/มหาบัณฑิต โปรดระบุ
     ชื่อหลักสูตร..... สาขาวิชา .....
     แขนงวิชา (ถ้ามี)..... คณะ .....
     สถาบันการศึกษา.....

2. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....

3. สถานที่ติดต่อผู้เขียน

ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....
E-mail.....

4. ข้าพเจ้า ขอยืนยันว่า

☐ บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ
☐ ผ่านการตรวจสอบลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขราวิสุทธิ์หรือโปรแกรมอื่นใดที่เทียบเคียง (กรณีดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์) พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)
☐ (สำหรับงานวิจัย) ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคณะแล้ว (โปรดแนบ สำเนา 1 ชุด)
☐ ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด
☐ จำนวนผู้นิพนธ์ บทความวิชาการ ไม่เกิน 3 คน และบทความวิจัย ไม่เกิน 5 คน

5. ข้าพเจ้าขอยินยอมว่า บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาลทหารบก ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลทหารบกโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (ดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์)

ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ.....
(.....)
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย
วารสารพยาบาลทหารบก

.....

ชื่อ – นามสกุล .....
ที่อยู่.....
.....
.....
เบอร์โทรศัพท์ ..... **E-mail :** .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย ดังนี้

☐ **ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 5,000 บาท**

☐ **ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 7,000 บาท**

หมายเหตุ

- ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เรียกเก็บเมื่อบทความของท่านได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่าบทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร และสามารถ Submission บทความลงในระบบได้

- กรณีชำระเงินแล้ว ไม่ว่าผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการจะออกมาเป็นเช่นใด กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

การชำระเงิน
โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาต ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก
หมายเลขบัญชี 038-7-31946-0
ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอนเงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก
รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

ลงนาม ..... ผู้สมัคร
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses
ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567
Vol.25 No.3 September - December 2024

เจ้าของ		**Ownership**
สมาคมพยาบาลทหารบก		Royal Thai Army Nurses Association
คณะที่ปรึกษากองบรรณาธิการ		**Editorial Advisors**
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	ที่ปรึกษาสภาการพยาบาล	Wichit Srisuphan,RN.,M.P.H.,Dr.P.H.
ศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สินธุ	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ	Siriorn Sindhu,RN.,M.S.,D.N.Sc.
พลตรีหญิงสมพิศ พรหมเดช	นายกสมาคมพยาบาลทหารบก	Sompis Promdet,R.N.,M.S.N.
บรรณาธิการ		**Chief Editor**
รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	สมาคมพยาบาลทหารบก	Saisamorn Chaleoykitti, R.N.,M.N.S.,Ed.D.
รองบรรณาธิการ		**Deputy of Editor**
พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี อ่อนศรี	กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร	Pranee Onsri, R.N., M.S., Ed.D.
เลขาบรรณาธิการ		**Secretary**
พันตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	Nuntikan Klinchet, R.N., M.N.S.
ผู้ช่วยเลขาบรรณาธิการ		**Secretary**
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ เหล่าชัย	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	Wiwat Laochai ,R.N., M.N.S.,Ph.D.
กองบรรณาธิการ		**Editorial Board**
ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส	University of Louisville School of Nursing, USA	Ratchneewaan Ross, R.N. M.Sc. ,Ph.D., FTNSS,FAAN
พันเอกหญิง ดร.นัยนา วงศ์สายตา	สำนักงานเลขานุการกองทัพบก	Naiyana Wongsaita, R.N.,M.N.S.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ไทยแท้	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	Suphap Thaitha,R.N.,M.S.N.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Areewan Oumtanee, R.N.,M.S.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเที๊ยะ	วิทยาลัยเซ็นหลุยส์	Jintana Artsontee, R.N.,M.S.N.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง	มหาวิทยาลัยมหิดล	Supreeda Monkong, R.N.,M.S.N.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	Thipkhumporn Keskomon, R.N.,M.S.,Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Narisa Wongpanarak, R.N.,M.N.S.,Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติญาณ์ ศรเกษตริน	สถาบันพระบรมราชชนก	Atiya Sarakshetrin, R.N.,M.N.S.,Ed..D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีราภรณ์ กรรมบุตร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	Jeeraporn Kummabutr, R.N.,M.Sc.,Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชรัตน์ มังคละคีรี	มหาวิทยาลัยนครพนม	Nutcharat Mongkara, R.N.,M.S.,Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย	Temduang Boonpiamsak, R.N.,M.S.N.,Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	Kanjana Srisawat, R.N.,M.N.S.,Ph.D.
พันโทหญิง ดร.มันทนา เกวียนสูงเนิน	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Mantana Kweansung, R.N.,M.A..,Ph.D.
ดร.เฉลิมวุฒิ อุทัยกัน	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ	Chalermwut Uthaikun, B.Ed, M.A., Ph.D.
ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	Kitsanaporn Tipkanjanaraykha,R.N.,M.N.S.,Ph.D.,AGAPN
ดร.วีรยุทธ ศรีทุมสุข	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี	Werayauth Srithumsuk, R.N.,M.Sc.,Ph.D.
ฝ่ายจัดการ		**Management Team**
ร้อยโทหญิงสุชาดา ศรีโยธี	วิทยาลัยพยาบากองทัพบก	Suchada Sriyothee, R.N.
ร้อยโทหญิงพรปวีณ์ ยังปักษี	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Pornpavee Yongpaksri, R.N.
ร้อยโทหญิงพรไพลิน หนูทิม	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Pornpailin nootim, R.N.

บทความหรือข้อคิดใดๆ ที่ปรากฏในวารสารพยาบาลทหารบก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน ซึ่งบรรณาธิการหรือสมาคมพยาบาลทหารบก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
The ideas and opinions expressed in the Journal of The Royal Thai Army Nurses are those of the authors and not necessarily those of the editor or Royal Thai Army Nurses Association